FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1912

THÈSE

N° 343

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Casimir DOMBROWSKI

Né le 20 novembre 1886, à Lodz (Pologne)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

Paralysie faciale zostérienne

SYNDROME DE L'INFLAMMATION HERPÉTIQUE DU GANGLION GÉNICULÉ

Président : M. DÉJERINE, *professeur*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & Cie, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VIe)

1912

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL, TESSIER
Pathologie chirurgicale	X.
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	DEBOVE, LANDOUZY, GILBERT, CHAUFFARD
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
Clinique chirurgicale	DELBET, QUENU, RECLUS, SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	N.
Clinique d'accouchements	BAR, PINARD, RIBEMONT-DESSAIGNE
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BALTHAZARD	DESGREZ	LENORMANT	PROUST
BERNARD	DUVAL (P.)	LEQUEUX	RATHERY
BRANCA	GOUGEROT	LERI	RETTERER
BRINDEAU	GREGOIRE	LOEPER	RICHAUD
BROCA (A.)	GUENIOT	MACAIGNE	ROUSSY
BRUMPT	GUILLAIN	MAILLARD	ROUVILLE
CAMUS	JEANNIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CARNOT	JOUSSET (A.)	MULON	SICARD
CASTAIGNE	LABBE (M.)	NICLOUX	TERRIEN
CHEVASSU	LANGLOIS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CLAUDE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	ZIMMERN
COUVELAIRE	LECENE	OMBREDANNE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR RECLUS

Chirurgien des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR FAISANS

Médecin des Hôpitaux

MONSIEUR LE PROFESSEUR DEBOVE

Médecin des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR LEGENDRE

Médecin des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR TUFFIER

Professeur agrégé

Chirurgien des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR BONNAIRE

Professeur agrégé

Accoucheur des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR LEPAGE

Professeur agrégé

Accoucheur des Hôpitaux

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DÉJERINE

Professeur de Clinique des maladies du système nerveux
Médecin de l'hospice de la Salpêtrière
Membre de l'Académie de Médecine
Chevalier de la Légion d'honneur

A MONSIEUR LE DOCTEUR TINEL

Chef de Clinique à la Salpêtrière

A MON AMI

MONSIEUR LE DOCTEUR M. LACOURBAS

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

Paralysie faciale zostérienne

SYNDROME DE L'INFLAMMATION HERPÉTIQUE DU GANGLION GÉNICULÉ

INTRODUCTION

Les paralysies faciales, au cours ou à la suite des éruptions zostériennes, sont connues depuis longtemps.

On trouve dans la littérature médicale de la seconde moitié du XIX^e^ siècle des observations de zona de l'extrémité céphalique avec paralysie faciale. Cette paralysie accompagnait soit un zona de la face, soit un zona du cou ou d'une autre région de la tête.

Mais les cliniciens, qui communiquaient ces cas, considéraient ces deux affections plutôt comme une coïncidence, qu'une entité morbide.

C'est Parrot, en 1856, qui a insisté sur les relations entre le zona et les névralgies et a fait remarquer que le zona occupait le trajet des nerfs périphériques, malgré l'opinion de Pfeiffer qui soutenait la topographie artérielle cutanée du zona.

Les premières autopsies de zona, sans paralysie,

avec examen du système nerveux, faites par Bærensprung, Charcot et Cotard, Pitres et Vaillard et beaucoup d'autres, ont montré des altérations de ganglions spinaux. On a pu décrire des zonas de chaque ganglion.

Les zonas de la tête étant attribués à des altérations des ganglions céphaliques, on pouvait rapprocher les deux affections, la paralysie faciale et le zona de la tête.

Plusieurs théories furent exposées. Klippel et Aynaud les ont réuni, avec les observations publiées jusqu'alors dans un remarquable mémoire paru en 1899.

La publication de ce mémoire semble être le point de départ de nombreux travaux sur cette question dans les différents pays.

En 1906, J. Ramsay Hunt, fait une importante communication au Congrès Neurologique de Boston, sur les relations existant entre le zona de l'oreille avec paralysie faciale et le ganglion géniculé.

Les travaux anatomo-physiologiques et cliniques démontrent le rôle joué par le ganglion géniculé dans les affections motrices du nerf facial accompagnées de troubles sensitivo-sensoriels au cours du zona céphalique.

L'anatomie humaine et comparée, l'embryologie et surtout la pathologie reconnaissent au nerf facial une action mixte, comparable en tous points à celle du trijumeau. Le ganglion sensitif de la septième paire serait le ganglion géniculé, dont l'inflamma-

tion herpétique provoque l'apparition d'un certain nombre des symptômes groupés par J. Ramray Hunt, en syndrome.

Le nerf facial, avec son ganglion géniculé, est devenu de nouveau un sujet d'études. Nous avons pensé qu'il ne serait pas inutile de grouper tous les faits épars dans la littérature française et étrangère. Nous n'espérons pas y avoir réussi. Chacune des questions que nous venons de signaler mériterait un développement particulier que nous n'avons pu lui donner.

Nous terminerons cette introduction par un mot sur le plan que nous avons suivi dans ce travail.

Dans le *premier chapitre*, nous faisons un résumé de l'anatomie du nerf facial et du ganglion géniculé.

Le *deuxième chapitre* est consacré à leur physiologie.

Le *troisième chapitre* comprend l'étude de l'inflammation herpétique du ganglion géniculé.

Dans le *quatrième chapitre* nous abordons l'étude de l'étiologie de cette affection.

Le *cinquième chapitre* résume l'étude de l'anatomie pathologique.

CHAPITRE PREMIER

ANATOMIE

Le nerf facial naît dans la fossette latérale du bulbe par deux racines distinctes : l'une interne, constitue le nerf facial proprement dit et émerge de la fossette sus-olivaire ; l'autre externe, le nerf intermédiaire de Wrisberg.

Le facial, proprement dit, se dirige vers le canal auditif interne, dans lequel il pénètre avec les nerfs de Wrisberg et auditif. En traversant ensuite l'aqueduc de Fallope, il présente deux coudes et trois portions : horizontale, transversale et verticale.

A sa sortie du trou stylo-mastoïdien, en pleine parotide, il se divise en deux branches terminales, la branche temporo-faciale et la branche cervico-faciale, lesquelles couvrent de leurs ramifications la moitié correspondante de la face et du cou.

Dans le conduit auditif interne le facial s'anastomose avec le nerf auditif et le nerf de Wrisberg, et au delà de ce conduit avec le pneumogastrique, le glosso-pharyngien et le plexus cervical.

Le facial abandonne cinq branches collatérales extrapétreuses.

A l'endroit où l'aqueduc de Fallope se recourbe pour la première fois horizontalement en arrière, le nerf facial présente un épaississement triangulaire connu sous le nom de genou du facial et formé par un amas de cellules nerveuses constituant le *ganglion géniculé.*

La coloration de ce *ganglion géniculé* est blanc grisâtre ou gris rosé. Son développement varie suivant les sujets : dans certains cas, il est à peine visible ; dans d'autres, il est assez volumineux pour doubler la largeur du nerf à l'endroit où il lui est adossé. Son angle interne reçoit le nerf de Wrisberg.

Le ganglion géniculé est composé de cellules nerveuses qui, bipolaires chez l'embryon, d'après His et Martin, sont unipolaires chez l'adulte, d'après V. Lenhossek et Retzius, identiques aux cellules des ganglions spinaux, dont le prolongement unique après un trajet d'une longueur variable se bifurque en une branche périphérique et une branche centrale. Toutes les branches centrales réunies constituent le nerf intermédiaire, tandis que les branches périphériques se joignent aux fibres du nerf facial.

Le nerf de Wrisberg pénètre dans le tronc cérébral où il présente une racine descendante qui s'étend, d'après Sapolini, jusque dans le voisinage du cordon de Goll. Quant aux prolongements externes des cellules du ganglion géniculé, ils constituent, en grande partie, les nerfs pétreux superficiels (Dixon, Veigner), en même temps qu'ils entrent dans la constitution du nerf facial lui-même. Un peu au-dessus du trou

stylo-mastoïdien, ils s'en séparent (en grande partie) pour former la *corde du tympan.*

La *corde du tympan* renferme donc des fibres sensitives, opinion en faveur de laquelle plaident les recherches physiologiques de Mathias Duval, Vulpian, Edmond Shultze, etc., de même que les recherches anatomiques de Sapolini et de Penzo.

Ces fibres vont se terminer avec le nerf lingual, dans les deux tiers antérieurs du dos de la langue. Les fibres gustatives, qui existent en réalité dans la corde du tympan, ne doivent donc pas être des fibres d'emprunt soit du nerf trijumeau, soit du nerf glosso-pharyngien ; elles peuvent être les fibres constitutives du nerf de Wrisberg.

Mais il y a un certain nombre de fibres sensitives dans le facial qui franchissent avec lui le trou stylo-mastoïdien pour se rendre dans ses ramifications.

Les expériences anatomo-physiologiques d'Amabilino et de van Gehuchten sont très démonstratives.

Amabilino (1), après avoir réséqué la corde du tympan dans l'oreille moyenne, a constaté que les quatre cinquièmes environ des cellules du ganglion géniculé présentaient une chromolyse plus ou moins accentuée, avec déplacement du noyau à la périphérie.

Il y a donc un certain nombre de cellules, un cinquième environ, qui envoient leurs prolongements

---

1. Amabilino, *Sui rapporti del ganglio geniculato con la corda del timpano et col faciali, Il Pisani*, 1898.

ailleurs que dans la corde du tympan. Quel est le chemin suivi par ces fibres qui ne passent pas dans la corde du tympan.

Van Gehuchten (1), sectionnant le nerf facial au niveau du trou stylo-mastoïdien, observa au bout de quelques jours le phénomène de chromolyse dans un certain nombre de cellules du ganglion géniculé. Il en conclut que le tronc périphérique du nerf de la septième paire renferme des fibres sensitives, et que ces fibres ont leur cellule d'origine dans le ganglion géniculé.

En conséquence, *le nerf facial est un nerf mixte absolument comme le nerf glosso-pharyngien ou le nerf vague. Son ganglion sensitif est le ganglion géniculé ayant la même constitution que les ganglions spinaux.*

Au total, le nerf intermédiaire (treizième nerf de Sapolini) avec son ganglion géniculé, a la signification d'une racine sensitive, qui est annexée au facial proprement dit, comme la racine postérieure d'un nerf rachidien est annexée à la racine antérieure correspondante. De ce fait, le facial, primitivement moteur, devient au-dessous du ganglion géniculé un véritable nerf mixte possédant à la fois des fibres motrices, qui lui appartiennent en propre, et des fibres sensitives qui lui viennent du ganglion géniculé.

---

1. Van Gehuchten, *Anatomie du système nerveux*, 1906.

CHAPITRE II

PHYSIOLOGIE

L'anatomie nous démontre, que le facial à sa sortie du trou stylo-mastoïdien contient des fibres sensitives.

Une simple pression au niveau de ce trou, provoquant une douleur assez intense, confirme ce fait.

Mais où vont ces fibres ? Il est établi, qu'un certain nombre d'entre elles se rend dans les ramifications du facial.

Par conséquent, il existe une région de la face qui reçoit sa sensibilité du nerf facial.

Ce territoire sensitif est réduit et ne dépasse pas le territoire moteur, comme chez certains vertébrés inférieurs, par exemple, le Pétromyzon, chez lequel, d'après Fubringer, le nerf facial serait même exclusivement sensitif.

D'après J. Ramsay Hunt (1), les fibres sensitives du facial vont à *une surface qui couvre le conduit auditif externe et l'intérieur du pavillon de l'oreille.* En faveur de cette opinion plaident les observations

1. J. Ramsay Hunt, *Journ. of nerv. and mental Disease*, 1907.

de Krause, de Harvey Cuching, de Frasier et Spiller.

Dans les cas de Krause (1) consécutifs à l'extirpation du ganglion de Gasser, pour le tic douloureux de la face, la sensibilité de la peau du pavillon de l'oreille et du conduit auditif externe fut trouvée intacte et normale.

Frasier et Spiller (2), en sectionnant la racine sensitive du trijumeau en dedans du ganglion de Gasser, ont obtenu les mêmes résultats que Krause.

Dans un cas de névralgie occipito-cervicale, Harvey Cuching (3) extirpa les deuxième et troisième ganglions cervicaux. A la suite de l'opération, il constata l'anesthésie du bord postérieur marginal de la surface du pavillon de l'oreille ; l'intérieur du pavillon et du conduit auditif externe étaient normaux.

Si, maintenant, on réunit ces diverses surfaces d'anesthésie consécutive à l'extirpation des ganglions de Gasser et cervicaux, il reste encore l'intérieur du pavillon de l'oreille et le conduit auditif externe dont la sensibilité est normale. C'est cette surface, d'après J. Ramsay Hunt, qui représente la région cutanée dépendant du ganglion géniculé. Elle est limitée en avant par une ligne qui sert en même temps de limite postérieure au territoire sensitif du trijumeau et qui fut indiquée par Harvey Cuching. Cette ligne partant « du point d'attache antérieure du pavillon

---

1. Krause, *Die Neuralgie des Trigeminus*, 1896.
2. Frasier et Spiller, *Journ. Amer. Med. Assoc.*, 1904.
3. Harvey Cuching, *Jonhs Hopkins Bull.*, juillet 1904.

de l'oreille se dirige en arrière pour comprendre une petite partie du bord ascendant de l'hélix ainsi que toute sa crosse. Elle disparaît ensuite dans le conduit auditif externe suivant son bord supérieur jusqu'à la membrane du tympan qui est plus ou moins comprise. Elle revient en suivant la face antéro-inférieure du conduit pour aboutir au bord inférieur du tragus où elle réapparaît à la surface cutanée. Elle fait alors un angle plus ou moins grand, se dirigeant en avant et légèrement en haut sur la région zygomatique ».

En arrière, cette surface est limitée par l'anthélix.

Mais les fibres sensitives, venant de cette surface, ne peuvent atteindre le ganglion géniculé, que par l'une ou l'autre des deux voies suivantes :

1° Par l'auriculo-temporal (branche de la cinquième paire), le ganglion otique et le petit pétreux superficiel ;

2° Par le tronc du facial.

J. Ramsay Hunt considère cette dernière voie comme la plus vraisemblable.

Ainsi, la zone cutanée de l'oreille, dépendant du ganglion géniculé, est comprise entre celle du ganglion de Gasser pour le front et la face, et celle des deuxième et troisième ganglions cervicaux pour l'occiput et le cou.

CHAPITRE III

SYMPTOMATOLOGIE

Le facial étant un nerf mixte, ayant un ganglion sensitif et une distribution cutanée, *peut présenter les mêmes troubles sensitivo-moteurs que le trijumeau.*

Certains symptômes, attribués à ce dernier, sont, en vérité, provoqués par le nerf facial. Incriminant le trijumeau comme cause des névralgies faciales, nous pouvons aussi bien incriminer le facial dans *les névralgies auriculaires.* La clinique nous démontre que les névralgies dues exclusivement au nerf facial existent, sans être accompagnées de symptômes objectifs.

Clark et Taylor (1) citent l'observation d'une femme de vingt-huit ans, qui souffrait d'accès névralgiques au méat auriculaire, dont elle guérit après la section du nerf de Wrisberg.

Allen Starr (2), publie le cas d'une jeune femme qui éprouvait des douleurs intenses absolument localisées aux filaments sensitifs de la septième paire qui

1. Clark et Taylor, *Journ. of the Amer. med Assoc.*, vol. LIII.
2. Allen Starr, *Journ. of nerv. aut ment Disease*, 1908.

innerve le conduit auditif externe et la conque du pavillon de l'oreille.

Depuis le travail de Webber (1), de Boston, nous connaissons *les paralysies faciales douloureuses.* Cet auteur a, le premier, publie 6 cas de paralysies faciales périphériques, accompagnées de névralgies auriculaires.

Mais,à côté du symptôme subjectif, la névralgie,il existe des phénomènes objectifs qui sont en faveur de la présence de fibres sensitives dans les ramifications du nerf facial.

Nous voulons parler de l'hyperesthésie et de l'anesthésie.

L'hyperesthésie fut signalée, pour la première fois par Bernhard,en 1876, elle est néanmoins assez rare dans la paralysie faciale.

L'anesthésie a été observée par Frankl-Hochwart (2), en 1891 ; elle accompagnerait, suivant cet auteur, toutes les paralysies faciales, mais serait de courte durée. Les recherches de Remak et Flatau, de Schreiber, de Donath, la constatent moins fréquemment et la trouvent variable, selon la quantité de fibres sensitives lésées dans le tronc du facial.

Les troubles sensitifs du facial, qui peuvent exister isolément ou accompagner la paralysie faciale,se manifestent le plus souvent au cours de l'inflammation herpétique du ganglion géniculé.

---

1. Webber, *Boston med. and Surg. Journ.*, 1876.
2. Frankl-Hochwart, *Neur. Central.*, 1891.

Le ganglion étant du type des ganglions cérébro-spinaux, peut devenir comme ces derniers le siège d'une inflammation herpétique.

Le rôle joué par les ganglions rachidiens dans le zona intercostal et les ganglions cérébraux dans le zona de la face est incontestable.

Bærensprung (1), a, le premier signalé ce phénomène et les examens anatomo-pathologiques de Charcot, de Wyss, de Caposi, etc., ont prouvé que les lésions avaient pour siège les ganglions correspondant au nerf intéressé.

Le travail remarquable de Haede et Campbell, publié en 1900, *in* Brain, est basé sur vingt et une autopsies. Ces auteurs démontrent que les ganglions rachidiens sont infiltrés de petites cellules rondes acccumulées autour des vaisseaux, qu'il peut y avoir des hémorragies interstitielles, que les cellules sont parfois détruites ou vivement lésées et en voie de destruction. Les lésions des racines postérieures sont constantes, tandis que les racines antérieures sont indemnes. Les nerfs présentent des altérations analogues aux racines. Les cordons postérieurs de la moelle, consécutivement aux lésions des ganglions, se comportent comme après section expérimentale des racines postérieures. Dans le zona ophtalmique, c'est le ganglion de Gasser qui est touché avec dégénérescence de la racine sensitive du trijumeau. Les cellules des ganglions spinaux étant les neurones

---

1. Bærensprung, *Annalen des Charite*, 2 mars 1861.

sensitifs périphériques, ces ganglions eux-mêmes deviennent assimilables aux cornes antérieures de la moelle,et de même que la paralysie infantile est une poliomyélite antérieure aiguë,de même le zona, à la suite du travail de Head et Campbell, devient une poliomyélite postérieure aiguë.

Puisque le ganglion géniculé est l'homologue des ganglions spinaux et du ganglion de Gasser, on devrait donc trouver dans ce ganglion, lorsqu'il est atteint d'inflammation zostérienne, les mêmes lésions que dans ces derniers. Malheureusement, cette affection fut complètement ignorée jusqu'à l'apparition des travaux de J. Ramsay Hunt. L'éminent neurologiste américain, eut le mérite d'isoler et de faire connaître *le syndrome de l'inflammation herpétique de ce ganglion.* Cette affection est caractérisée par trois degrés ou expressions :

1° Herpès zoster de l'oreille ;

2° Herpès zoster dans l'une quelconque des autres régions zostériformes de la tête (herpès auriculaire, herpès facial, herpès occipito-cervical) avec paralysie faciale ;

3° Herpès zoster de la tête avec paralysie faciale et symptômes auditifs.

Nous tâcherons de décrire les symptômes par lesquels se manifeste chaque degré de l'inflammation herpétique du ganglion géniculé et d'apporter, pour la démonstration, les observations trouvées dans la littérature médicale.

Article premier

Herpès zoster auriculaire

L'herpès auriculaire, affection rare, signalé pour la première fois par Rayer (1), peut siéger sur le pavillon de l'oreille ou bien envahir le conduit auditif externe. Dans l'inflammation herpétique du ganglion géniculé, l'éruption occupe en même temps les deux régions, qui représentent la zone zostérienne de ce ganglion. L'affection peut être uni ou bilatérale (obs. de Chavanne). Elle est précédée de douleurs lancinantes, soit dans le pavillon et dans le conduit auditif externe, soit dans le fond de l'oreille avec irradiations dans la tête. L'otalgie peut s'accompagner de fièvre, de troubles auditifs et de troubles généraux. Les vésicules plates, à contenu jaune citrin, réunies en groupes, se développent sur une base enflammée et forment une ou plusieurs plaques vésiculeuses. Au bout de quelques jours, l'éruption se dessèche, forme de petites croûtes brunes, qui disparaissent en laissant des cicatrices caractéristiques. Il persiste souvent une anesthésie marquée selon le degré d'inflammation des cellules nerveuses du ganglion géniculé et de ses fibres sensitives afférentes.

---

1. Rayer, *Traité des maladies de la peau.*

Article II

Herpès zoster de la tête avec paralysie faciale

Nous avons vu, que le premier degré de l'inflammation du ganglion géniculé est caractérisé par un simple zona de l'oreille. Mais cette affection s'accompagne parfois d'une paralysie faciale périphérique totale. Comment pouvons-nous expliquer cette paralysie ? Par les relations intimes qui existent entre le ganglion géniculé et le nerf facial dans l'aqueduc de Fallope. *Le ganglion enflammé peut provoquer cette paralysie, soit en comprimant le nerf facial, soit plutôt en lui transmettant son infection.*

Mais, il y a des paralysies faciales, qui se manifestent non seulement au cours d'un herpès zoster de l'oreille, mais aussi au cours de celui de la face ou du cou.

Dans le zona de la face, qui reçoit sa sensibilité du trijumeau, c'est le ganglion de Gasser qui est malade, tandis que dans le zona du cou et du cuir chevelu, ce sont les deuxième et troisième ganglions cervicaux. Ainsi, d'après J. Ramsay Hunt, il existe trois zones zostériennes de la tête formant une chaîne ganglionnaire : zones faciale, auriculaire et occipito-cervicale.

Lorsque l'un de ces ganglions est atteint d'inflam-

mation herpétique, il est accompagné par une réaction inflammatoire, mais moins intense, des autres ganglions de cette chaîne.

Ainsi, *quand le ganglion de Gasser ou les ganglions cervicaux sont atteints, s'il y a paralysie faciale, le ganglion géniculé est également lésé.*

Les nombreuses connexions nerveuses qui existent entre le ganglion géniculé et le plexus cervical d'une part (par la branche cervico-faciale et le tronc périphérique du facial) et le trijumeau d'autre part (par l'intermédiaire des grand et petit pétreux superficiels qui aboutissent respectivement au ganglion de Meckel et au ganglion otique), peuvent expliquer ce phénomène.

La paralysie faciale zostérienne précède rarement l'éruption (obs. de Déjerine et Tinel, de Hunt, d'Abrahamson), le plus souvent, elle apparaît au bout de quelques jours. C'est une paralysie totale, intéressant le nerf facial supérieur et le nerf facial inférieur. Elle siège toujours du même côté que l'éruption. L'examen électrique démontre qu'elle s'accompagne de réaction de dégénérescence.

En dehors de troubles moteurs, il existe des troubles du goût dans les deux tiers antérieurs du dos, de la langue, du côté malade. Ce phénomène est compréhensible, puisqu'il s'agit des fibres venues du ganglion géniculé par la corde du tympan.

Les troubles de la sensibilité sont marqués. Ils peuvent être soit subjectifs, soit objectifs, soit tous les deux en même temps.

Les troubles subjectifs sont caractérisés par des névralgies auriculaires, faciales ou occipito-cervicales, selon la région zostérienne atteinte.

Les troubles objectifs sont : l'hyperesthésie ou l'anesthésie de la zone zostérienne avec une hypoesthésie de la région voisine à la zone touchée (obs. de Déjerine et Tinel, de Berger, de Klippel et Aynaud, etc.).

Les paralysies faciales zostériennes sont transitoires et elles disparaissent spontanément ou sous l'influence d'un traitement électrique, au bout de quelques jours ou semaines, rarement de quelques mois.

Article III

Herpès zoster de la tête avec paralysie faciale et troubles auditifs

On constate souvent au cours du zona de la tête, accompagné de paralysie faciale, des troubles auditifs qui sont parfois très intenses.

Ces troubles peuvent être caractérisés par des sifflements, des bourdonnements et des douleurs dans l'oreille avec hypoacousie (obs. de Déjerine et Tinel, Kœrner, de J. Ramsay Hunt, de Casassus),avec vertige (obs. de Busch, de Berger, etc.), avec troubles de l'équilibre (obs. de Hammerschlag, etc.).

Ces troubles auditifs s'expliquent par des considérations anatomiques.

Le nerf auditif, dans le conduit auditif interne, se trouve au contact du nerf facial et au fond de ce canal avec le ganglion géniculé. Tous ces organes sont enveloppés d'un tissu conjonctif lâche.

Si l'inflammation du ganglion géniculé est assez intense, elle peut se propager au nerf auditif soit par le nerf facial ou le nerf de Wrisberg qui, tous deux, s'anastomosent avec lui, soit par l'intermédiaire du tissu conjonctif. Le nerf auditif atteint, transmet l'infection aux ganglions de Corti et de Scarpa qui provoquent l'apparition des symptômes décrits.

CHAPITRE IV

ÉTIOLOGIE

La paralysie faciale zostérienne est une maladie de l'âge adulte, elle ne s'observe pas chez les enfants. L'influence du sexe semble peu importante.

Presque dans toutes les observations, nous trouvons, comme cause habituelle, le refroidissement ; mais, dans combien de maladies n'est-il pas invoqué ?

La véritable cause de cette maladie est l'*infection*. La paralysie faciale zostérienne est une maladie infectieuse à détermination ganglionnaire. En faveur de cette théorie soutenue par Klippel et Aynaud et admise actuellement, on peut invoquer les arguments suivants : la maladie débute très souvent comme les maladies infectieuses aiguës et fébriles, avec de la fièvre et des symptômes généraux. Mais l'infection ne suffit pas ; il faut encore expliquer la localisation du germe ou de ses toxines sur le ganglion géniculé. On peut admettre que l'extrême sensibilité et la délicatesse de ce ganglion constitue un lieu de moindre résistance par le fait d'un état tuberculeux héréditaire ou acquis, signalé au cours de cette affection.

Ajoutons que, dans certains cas de zona simple ou accompagné de paralysie faciale, l'examen cytologique du liquide céphalo-rachidien a démontré la présence d'une leucocytose abondante (obs. de Claude et Schæffer, 144 éléments : lymphocytes et moyens mononucléaires, par millimètre cube). Quelques auteurs, en se basant sur ce phénomène, voulaient attribuer à cette affection une origine méningée.

CHAPITRE V

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les autopsies de paralysie faciale zostérienne sont très rares. La première appartient à Déjerine et Theoari, dans un cas de paralysie faciale consécutive à un zona du plexus cervical. L'examen du ganglion géniculé ne fut pas fait. Le nerf facial présentait au-dessous de ce ganglion des lésions de dégénérescence wallérienne.

Les examens anatomo-pathologiques des cas de Casassus et de J. Ramsan Hunt ont donné les mêmes résultats que dans le cas précédent.

Admettant l'existence de l'inflammation herpétique du ganglion géniculé, en nous appuyant à la fois sur des faits anatomo-physiologiques et aussi sur des faits cliniques, nous espérons que les hypothèses exposées dans ce modeste travail seront confirmées par des preuves anatomo-pathologiques.

OBSERVATIONS

Nous diviserons nos observations (la plupart résumées) en quatre groupes :

I. — *Zona auriculaire.*

II. — *Zona auriculaire avec paralysie faciale.*

III. — *Zona facial avec paralysie faciale.*

IV. — *Zona cervico-occipital avec paralysie faciale.*

I. — Zona auriculaire

OBSERVATION I

(Anstie, *the Practitionner*, 1871, vol. VII.)

24 août. — J'éprouvai de violentes douleurs dans la région du tragus et du conduit auditif externe de l'oreille droite avec irradiations sur la tête du même côté.

Le 30, examen de l'oreille, négatif. Les douleurs ont augmenté et se propagent dans les domaines de l'auriculo-temporal, du dentaire inférieur et des nerfs cervicaux.

Le 31, légère tuméfaction et rougeur du conduit auditif externe.

6 septembre. — Apparition de petites vésicules sur la face externe du pavillon de l'oreille et sur le bord externe du cartilage. D'autres vésicules de zona se forment à l'angle droit de la bouche et envahissent la muqueuse.

Le 11, quelques vésicules se montrent sur le cou.

Le 13, disparition des vésicules.

OBSERVATION II

(C.-J. Blake, *Boston med. and Surg. Journ.*, 1877, vol. XCVI.)

C. M..., âgé de quatre ans, présente une otite moyenne droite suppurée avec perforation du tympan et en même temps un abcès rétro-auriculaire.

6 janvier. — L'abcès étant guéri, apparaissent des douleurs lancinantes et intermittentes sous le pavillon de l'oreille droite.

Le 8 se montrent des vésicules situées sur la face externe du pavillon de l'oreille qui disparaissent dans le courant de la semaine.

En outre, la glande sous-maxillaire était légèrement augmentée de volume et l'on remarquait une légère salivation.

OBSERVATION III

(Mignon, *Bull. d'oto-rhino-laryng.*, 1909.)

15 janvier 1909. — Mlle S... se plaint de violentes douleurs siégeant dans le fond de l'oreille gauche, sur la face postérieure du pavillon et sur la région mastoïdienne, accompa-

gnées de bruits d'oreille variés avec surdité très marquée et un léger état fébrile. Il s'est produit quelques petites vésicules à l'entrée du conduit, qui ont donné lieu à un léger écoulement sanguin.

A l'examen le tympan est intact ; il existe quelques taches rouges avec deux ou trois petites croûtes vers le tiers externe du conduit auditif ; le pavillon est congestionné, ainsi que la surface de la mastoïde.

Vingt-quatre heures après, les douleurs persistent et, de plus, des phlyctènes apparaissent sur la mastoïde, sur le bord et la face interne du pavillon et aussi à l'entrée du conduit auditif.

La malade se plaint de bourdonnements, mais n'a pas présenté de vertiges. On ne constate ni paralysie, ni parésie de la face. Pas de nystagmus.

Au bout de quinze jours, disparition graduelle de ces symptômes.

OBSERVATION IV

(F. Chavanne, *Bull. d'oto-rhino-laryng.*, 1906.)

Zona bilatéral de l'oreille.

S. B..., trente-cinq ans. Cette malade ne présentait rien de spécial dans ses antécédents personnels ou héréditaires. De santé excellente, elle avait seulement des tendances neuro-arthritiques. Jamais elle n'avait eu de zona en aucun point du corps.

En janvier 1906, elle éprouva brusquement, sans cause connue, une sensation de brûlure vive et continue au niveau du pavillon de l'oreille gauche ; le surlendemain,

même impression du côté droit. Le toucher augmentait les douleurs. Celles-ci prédominaient à droite à la surface du pavillon ; elles étaient, au contraire, plus profondes à gauche. En même temps se produisaient des lancées névralgiques au niveau de la face et derrière l'oreille, du côté de la mastoïde.

Au quatrième jour apparaissait sur les deux pavillons une éruption zostérienne. A droite, on constatait sur l'antitragus une première rangée de petites vésicules, bordant la conque à sa partie postéro-inférieure. Un second groupe remplissait la portion postéro-supérieure de la conque. Deux vésicules isolées, de la grosseur d'une tête d'épingle en verre, se trouvaient, l'une à la partie inférieure de la conque, l'autre au dessus du tragus, dans le sillon antérieur de l'oreille. A gauche, l'éruption était beaucoup moins abondante. On ne remarquait qu'une série de vésicules situées à la partie postéro-inférieure de l'antitragus, symétriquement à celles du côté droit. Mais, tandis qu'à droite le conduit et le tympan étaient indemnes, à gauche on constatait une vésicule assez volumineuse sur la paroi antérieure du conduit. On ne relevait aucune trace de zona ni sur la face externe du pavillon ni ailleurs.

Huit jours plus tard, les vésicules étaient flétries et remplacées par de petites croûtes. Les douleurs locales et névralgiques persistaient, mais moins violentes. L'application d'une couche de vaseline boriquée et des cachets de pyramidon suffisaient à les calmer. Trois semaines après le début des accidents, tout était rentré dans l'ordre, et depuis lors aucune manifestation de même nature ne se reproduisit.

Pendant cette évolution, et dès l'apparition des vésicules,

la malade avait éprouvé, du côté gauche seulement, des troubles auditifs consistant en bourdonnements et en diminution de l'acuité auditive. Celle-ci était tombée au tiers environ de l'acuité habituelle. Ces phénomènes ne persistèrent qu'une huitaine de jours.

II. — Zona auriculaire avec paralysie faciale

OBSERVATION I

(Letulle, *in* thèse Despaigne. Paris, 1888.)

M. H..., âgé de trente ans, tailleur, fut atteint, le 8 octobre 1881, d'une paralysie faciale légère gauche.

12 octobre. — Accès de fièvre violent, avec céphalalgie, frissons répétés, vomissements.

A l'examen, herpès labialis bilatéral ; le malade se plaint de douleurs sourdes et lancinantes, occupant toute la moitié gauche de la face ; la pression, même légère, éveille une douleur intense aux points de Valleix.

Le 13, les sensibilités tactile et électrique paraissent égales des deux côtés.

Le 15, on découvre dans le conduit auditif externe sur le plancher, tout près de son orifice externe, un îlot de vésicules d'herpès desséchées ; ce conduit reste le point le plus douloureux à la pression.

Sous l'influence de la faradisation, régression de la paralysie et guérison complète le vingt-septième jour.

OBSERVATION II

(L. Jacquet, Soc. méd. des hôpitaux de Paris, 1898.)

Il s'agit d'un malade atteint, depuis cinq jours, de paralysie faciale gauche très manifeste.

Indépendamment des signes classiques, on constate chez lui :

1° Un gonflement marqué de la région préauriculaire ;

2° Un œdème rouge et douloureux de l'oreille gauche dont la conque recèle un groupe d'herpès vésiculeux typique ;

3° Un point douloureux violent exactement au-dessous du conduit auditif externe ;

4° La douleur à la pression de tous les muscles de la face à gauche ;

5° Une élévation thermique très nette de la peau du même côté ;

6° Les points d'émergence du trijumeau ne sont pas sensibles.

OBSERVATIONS III et IV

(Hammerschlag, *Archiv. f. Ohren*, vol. XLV, p. 1.)

Cas 1. — Un homme, âgé de trente-deux ans, fut pris, à la suite d'un refroidissement, de frisson, de nausées et de vertiges.

Après un jour de forts picotements et de sifflements dans l'oreille droite, apparut une paralysie faciale du même côté et bientôt un zona dans la même région.

L'examen objectif montra à droite : paralysie faciale com-

plète, nystagmus, conjonctivite, absence de la sécrétion lacrymale, vésicules de zona sur le pavillon de l'oreille, hypoacousie, hypoesthésie de la membrane pituitaire, abolition du réflexe cornéen, signe de Romberg.

Le zona et les vertiges sont disparus, la paralysie faciale persiste.

Cas 2. — Un homme de vingt-cinq ans, se plaignit de douleurs au cou et de dysphagie. Ensuite, apparurent de la rachialgie, des vertiges et une légère surdité à droite.

A l'examen, on constate à droite : de nombreuses croûtes sur l'oreille, de l'hypoesthésie de la sclérotique et de la cornée, de l'épiphora, de la diminution de l'odorat. Les branches du trijumeau, du même côté, sont douloureuses au niveau de leur émergence. Le nerf facial est complètement paralysé. Signe de Romberg. Weber à gauche, Rinn positif de deux côtés. La parole, chuchotée à droite, est entendue à 1 m. 1/2 ; à gauche, normale.

Bientôt disparition de tous les symptômes.

OBSERVATION V

(Tomka, *Archiv. f. Ohren*, vol. 49.)

B. S .., âgé de vingt et un ans, fut pris brusquement à la fin de mai de 1892, de douleurs très violentes dans l'oreille droite.

2 juin. — Le pavillon de l'oreille se couvrit de vésicules d'herpès.

Le 6, le malade remarqua une paralysie faciale droite. Les

douleurs dans l'oreille persistèrent longtemps et la paralysie fut tenace. Trois fois par semaine, galvanisation.

Au bout de six semaines, la paralysie disparut.

OBSERVATION VI

(Busch, *The Lancet*, 1902, p. 1197.)

Un malade, âgé de quarante-cinq ans, présente un gonflement et une rougeur de l'oreille gauche avec apparition rapide de vésicules de zona. Quelques jours plus tard se montre une paralysie faciale complète avec douleurs névralgiques, surdité légère et vertige auriculaire qui devient bientôt si intense que tout travail est impossible. A l'examen électrique : on constate une réaction de dégénérescence du nerf paralysé. Les névralgies faciales deviennent très douloureuses et persistantes.

OBSERVATION VII

(O. Kœrner, *Münch. med. Woch.*, 1904, p. 6.)

La malade, âgée de cinquante-cinq ans, fut opérée il y a six mois d'un carcinome du sein.

Elle souffre souvent de douleurs dans les membres inférieurs et supérieurs, dans la poitrine et dans le dos.

La maladie actuelle débuta par une éruption d'herpès, sur la moitié droite du cou et de la tête, accompagnée de douleurs relativement modérées.

Huit jours après l'apparition du zona, on constata, chez

elle, de la surdité à droite et le développement d'une paralysie faciale du même côté.

Quinze jours après le début de la maladie, il n'existait de l'herpès que des groupes de croûtes qui siégeaient à droite : dans la conque du pavillon de l'oreille, à l'entrée du conduit auditif externe, sur le cuir chevelu, la face postérieure du pavillon de l'oreille et sur la nuque. Sur la joue et sur la face latérale du cou l'on ne constatait que quelques croûtes disséminées. La paralysie du nerf facial droit était complète. Pas de paralysie du voile du palais du côté correspondant. La corde du tympan était touchée, puisqu'il y avait abolition du goût. Le tympan, à droite, était normal.

A la suite d'un traitement par la liqueur de Fowler et la faradisation du nerf atteint, la paralysie a complètement disparu et l'audition s'est améliorée.

OBSERVATION VIII

(A. Berger, *Neur. Central.*, 1905, p. 846.)

Le malade, âgé de cinquante-cinq ans, à la suite d'un refroidissement, fut brusquement pris de frisson, de céphalée et de vertige. Le lendemain, il commença à éprouver de fortes douleurs dans l'oreille droite, accompagnées de sifflements et de bourdonnements.

A l'examen, on constata : en même temps qu'un léger gonflement dans la région parotidienne, sur le pavillon de l'oreille et dans le conduit auditif externe, à droite, une éruption d'herpès zoster. Le nerf facial droit est complètement paralysé. On trouve, de ce côté, une hypoesthésie nette

de la peau, de la muqueuse buccale et du conduit auditif externe. Le point d'émergence du trijumeau est douloureux. L'odorat est normal ; le goût est diminué sur la partie antérieure de la moitié droite de la langue. Les pupilles réagissent normalement ; pas de troubles bulbaires ; pas de mystagnus, mais du vertige oculaire. La déglutition est normale, le réflexe pharyngien normal.

Cet état dura pendant quelques jours, puis tous les symptômes disparurent lentement, et deux mois après, le malade était complètement guéri.

OBSERVATION IX

(H. Reymond, *Gaz. méd. de Paris*, 1908.)

M. K..., âgé de trente-trois ans, le 17 novembre 1907, fut pris de violentes névralgies, siégeant dans la moitié gauche de la tête, et, le 22, tandis que les névralgies persistaient, apparaissait du même côté, soit à gauche, une très forte éruption vésiculeuse au pavillon de l'oreille et dans tout le territoire innervé par l'auriculo-temporal.

Le 27, tout était rentré dans l'ordre, sauf une otalgie qui persistait assez forte, accompagnée d'une légère diminution de l'ouïe à gauche.

28 novembre. — Apparition brusque d'une paralysie faciale gauche.

Le 30, l'examen montra : un tympan absolument normal, aucune trace de suppuration, aucune douleur à la pression sur la mastoïde, de l'hyperacousie rendant l'ouïe douloureuse, une altération du goût dans les deux tiers antérieurs

de la langue et une paralysie totale du nerf facial gauche.

Électrisation par les courants galvanique et faradique.

Avril 1908. — Guérison.

OBSERVATION X

(I. Abrahamson, *The Journ. of. ment. and nerv. Disease*, 1908, p. 226.)

Le malade, âgé de soixante-sept ans, éprouve, le 18 octobre 1907, une douleur dans la région de l'oreille droite.

Le lendemain matin, apparition d'une paralysie faciale du même côté.

21 octobre. — A l'examen, on constate : un léger gonflement et une rougeur de l'oreille droite.

Deux jours après, des vésicules d'herpès zoster se montrent à la partie inférieure du pavillon de l'oreille, à l'entrée du conduit auditif externe et sur la membrane du tympan. Diminution de l'ouïe de ce côté, bourdonnements d'oreille ; ni vertiges, ni nausées, ni troubles d'équilibre ; pas d'épiphora, pas de troubles de la salivation. Aucune difficulté pour avaler sa salive. Légère diminution du goût.

Les douleurs en arrière de l'oreille disparaissent en quelques jours et les croûtes d'herpès persistent encore dans la moitié inférieure du pavillon de l'oreille, à l'entrée du conduit auditif et une autre croûte, particulièrement évidente, sur la membrane du tympan.

Actuellement, la paralysie faciale est complète à droite envahissant les 3 branches du nerf. Légère parésie pharyngienne à droite.

Le trijumeau est normal. Le goût est diminué à la partie antérieure de la langue. Légère surdité. L'examen électrique, le premier jour, montre une augmentation d'excitabilité aux courants paradique et galvanique. Dans la suite, l'excitabilité faradique diminua et, actuellement, l'excitation, même très forte, donne de faibles réponses. Rien au courant galnique, quoique la contraction soit lente et faible.

OBSERVATION XI

(J. Ramsay Hunt, *Journ. of nerv. and ment. Disease*, novembre 1907.)

Le malade, âgé de trente ans, tapissier, est pris brusquement sans cause, le samedi 16 février 1907, de douleurs très fortes dans l'oreille gauche. Le dimanche, les douleurs sont très violentes. Bientôt apparaissent les douleurs aiguës dans la région amygdalienne gauche.

20 février. — On constate chez le malade une paralysie faciale gauche. Aux névralgies auriculaires s'associent des névralgies très fortes suivant les trois branches du trijumeau et qui s'irradient vers les régions mastoïdienne et temporale.

Peu après on remarque sur l'oreille gauche des vésicules à contenu blanchâtre. Les premiers jours de la maladie, l'oreille était rouge, luisante et chaude. Le malade ne pouvait ni dormir, ni rester couché sur le côté gauche à cause de la douleur et de la sensibilité de l'oreille. Pas de bourdonnements d'oreille, ni de battements, ni de troubles du goût ; la diminution de la capacité auditive est marquée.

25 février. — Le malade présente une paralysie faciale gauche complète, toutes les branches sont prises. La joue est abaissée, avec impossibilité de fermer l'œil gauche ; les premiers jours de la paralysie, le malade eut de l'épiphora, qui n'existe plus actuellement. Perte du goût sur les deux tiers antérieurs de la moitié gauche de la langue (pour les saveurs amères, sucrées, acides et salées). Les réflexes cornéen et conjonctival à gauche existent, mais affaiblis. Les réflexes auriculaire et tympanique homonymes sont diminués. Aucune sensation sourde et aucune paresthésie ni dans la face, ni dans la nuque. Les sensations tactiles, douloureuses et thermiques sont conservées en grande partie sur la face, la tête et la nuque, avec cependant légère diminution à gauche. Cette diminution de sensibilité est relativement marquée lorsque l'on compare avec le côté droit et se termine brusquement sur la ligne médiane. Nulle part on ne trouve cette hypoesthésie unilatérale ni sur la poitrine, ni sur les membres supérieurs ou inférieurs. Le champ visuel et les nerfs optiques sont normaux. Aucune sensation douloureuse sur le front ou l'occiput. On constate encore une légère hypoesthésie de la membrane pituitaire gauche.

Sur la partie inférieure de l'orifice externe de l'oreille se trouve une petite place humide sur un fonds rougeâtre.

Il en existe une autre sur la branche antérieure de l'anthélix. Ces régions furent couvertes d'herpès zoster.

La sensibilité de la membrane tympanique et de l'oreille externe est diminuée, principalement dans la moitié antérieure. La capacité auditive à gauche est la moitié de ce qu'elle est à droite ; pas de bourdonnements. La parole chuchotée est entendue, à droite, à 6 pied à gauche, seulement;

à 3; la montre est entendue, à droite, à 18 centimètres, à gauche, seulement à 6 centimètres. Rinn positif. Le cérumen existe dans les deux oreilles. Réactions au courant électrique : aucun trouble marqué ni au courant galvanique, ni au courant faradique. Les autres organes sont normaux. Urine et sang normaux.

7 mars. — Le malade a encore de fortes douleurs dans l'oreille gauche et dans la région amygdalienne. Les régions humides sur l'oreille, qui suintaient auparavant, sont maintenant couvertes de croûtes. Le goût s'est amélioré subjectivement et objectivement. On constate toujours, à gauche, une hypoesthésie et une diminution de l'ouïe. Rinn positif.

15 mars. — Le 12, le malade avait encore quelques douleurs vagues dans l'oreille gauche. Goût, rien de particulier. La paralysie faciale a disparu ; mais il existe encore une légère différence dans les mouvements entre le côté gauche et droit. La capacité auditive est normale, la montre, la parole chuchotée, le diapason sont entendus normalement de deux côtés.

22 mars. — Il n'y avait plus de troubles, ni moteurs, ni sensitifs. Le malade ne conserve de cette maladie que deux cicatrices, l'une sur le bord inférieur de l'entrée de l'oreille externe, l'autre au-dessous de l'anthélix.

OBSERVATION XII

(Déjerine, Tinel et Heyer, Soc. de Neur., 1912.)

Mme F..., quarante-huit ans, est envoyée, par M. le Dr Montais, à la consultation du professeur Déjerine pour paralysie faciale avec zona de l'oreille.

FIG. 1. — Troubles de la sensibilité dans un zona de l'oreille par lésion du ganglion géniculé

Traits horizontaux : anesthésie presque complète.
Traits verticaux : hypoesthésie très marquée.
Traits obliques : hypoesthésie légère.

FIG. 2. — Répartition des vésicules de zona

(Clichés dus à l'obligeance de M. Masson.)

Rien à signaler dans les antécédents héréditaires et personnels de la malade, si ce n'est une éruption de plaques rouges, survenue à la figure il y a dix ans, et qui paraît être suspecte de syphilis.

Elle a cependant quatre enfants vivants, bien portants, et n'a pas fait de fausse couche.

C'est le 11 janvier 1912 qu'elle a été prise de paralysie faciale. Brusquement, à midi, en déjeunant, elle s'est aperçue que sa figure était toute déviée à gauche, et qu'elle ne pouvait plus fermer l'œil droit.

Elle n'avait éprouvé ni maux de gorge, ni céphalée, ni fièvre, ni bourdonnements d'oreille. Elle ne souffrait aucunement. Mais déjà, à ce déjeuner, elle a remarqué qu'elle ne sentait pas le goût des aliments du côté droit. Les aliments lui paraissaient amers.

La nuit suivante, seulement, elle a commencé à éprouver des douleurs vives au niveau du pavillon de l'oreille. Ces douleurs ont persisté pendant plusieurs jours.

Dès le lendemain, la malade a constaté qu'elle entendait beaucoup moins bien de l'oreille droite. Tous les bruits lui paraissaient assourdis. Mais elle n'a eu ni vertiges, ni bourdonnements d'oreille.

Le surlendemain, 13 janvier, elle a de la fièvre ; mais elle attribue cette fièvre à une forte bronchite, contractée la veille en allant à une consultation d'un hôpital. La fièvre aurait ainsi duré plusieurs jours, avec un peu de toux et d'expectoration.

15 janvier. — Cinquième jour, les vésicules de zona ont commencé à apparaître sur le pavillon de l'oreille. Elles ont duré plusieurs jours, puis se sont flétries. Les douleurs

avaient diminué et presque disparu un peu après l'apparition des vésicules (fig. 1).

Actuellement, on constate une paralysie faciale classique à type périphérique total, avec impossibilité de l'occlusion de l'œil droit et signe de Ch. Bell, avec déviation de la bouche, des plis du visage, et même avec déviation très sensible de la luette du côté sain. La langue ne paraît pas déviée.

L'examen électrique montre une R. D. totale dans les trois branches du facial.

Il n'existe aucune douleur, aucun trouble vaso-moteur.

La sensibilité gustative est toujours troublée sur la partie droite de la langue en avant du V lingual.

L'hypoacousie a disparu.

Les vésicules de zona sont cicatrisées, mais l'on peut très nettement constater leurs traces sur tout le pavillon de l'oreille ; trois vésicules sur le lobule, deux sur la partie postérieure de l'hélix, trois sur sa partie antérieure, deux sur l'anthélix, et un nombre considérable de petites vésicules sur toute la conque, qui apparait encore rouge et boursouflée. Enfin, il existe une vésicule aberrante au-dessous du lobule de l'oreille (fig. 2).

A ces cicatrices de zona se joignent des troubles intéressants de la sensibilité. Il existe d'abord une anesthésie à peu près complète du méat et du conduit auditif externe, de toute la conque et de la partie voisine de l'anthélix ; au niveau du lobule, de l'hélix et de la partie supérieure de l'anthélix, la sensibilité existe, mais très diminuée ;

Il existe ensuite sur le cuir chevelu, en arrière de l'oreille

et dans toute la zone correspondant à la branche auriculaire postérieure, une hypoesthésie très marquée.

Enfin, sur la face, on constate l'existence d'une légère hypoesthésie qui va en diminuant à partir de l'oreille, mais se reconnaît cependant jusqu'au voisinage de la ligne médiane.

III. — Zona facial avec paralysie faciale

Ce groupe contient des observations de :

A. — Zona ophtalmique avec paralysie faciale.

B. — Zona de la joue avec paralysie faciale.

C. — Zona de la bouche avec paralysie faciale.

A. — *Zona ophtalmique avec paralysie faciale*

OBSERVATION I

(Letulle, *Arch. de Physiol. norm. et path.*, 1882, t. II.)

Le malade, âgé de cinquante et un ans, cuisinier, est entré le 25 avril 1880 dans le service de Vulpian, à la Charité, pour un zona ophtamique. L'éruption, qui siégeait du côté droit et avait été précédée, durant quatre ou cinq jours, de violentes douleurs, s'accompagnait d'un œdème notable : cet œdème s'étendait aux paupières et rendait difficile l'ouverture de l'orifice palpébral du côté malade. Les nerfs sus et sous-orbitraires étaient douloureux à la pression et la sensibilité tactile paraissait diminuée dans leur territoire. Malgré la gangrène, qui envahit plusieurs plaque de zona, la cica-

trisation était presque complète et seule la région sourcilière suppurait encore, lorsque, le 10 mai, on s'aperçut que le malade présentait les signes les plus nets d'une paralysie faciale incomplète du côté droit. Le voile du palais, la langue, étaient intacts et l'ouïe normale à droite. La sensibilité tactile était diminuée, beaucoup dans le territoire des nerfs sus et sous-orbitaires, très peu dans la région du menton : la pression des points sus et sous-orbitaires, molaire et condylien déterminait une vive douleur : il y avait une sensation vague de pesanteur douloureuse dans toute la moitié droite du visage.

Trois jours après le début de la paralysie, les muscles du côté atteint ne réagissaient plus aux courants faradiques. Le malade fut traité par l'électricité ; au bout de trois semaines, la face était mobile, mais cependant un peu affaissée à droite : tous les autres signes de la paralysie avaient disparu.

OBSERVATION II

(W. Tay, *Brit. med. Journ.*, 1883, vol. II, p. 1246.)

Le malade, âgé de cinquante-huit ans, constata, à son réveil, un gonflement de la face à droite avec l'œil droit rouge et collé. Le lendemain, une éruption de zona occupait la région enflammée (première et surtout deuxième branche de la cinquième paire) avec ulcération de la cornée. Paralysie faciale nette. Contractilité faradique normale. Légère diminution de la sensibilité dans le domaine de l'éruption. Le Dr Mackenzie, qui avait soigné ce malade au début, dit que

l'inflammation de l'œil parut en même temps que la paralysie faciale. Il était évident que la kératite n'était pas due à la paralysie.

OBSERVATION III

(Rendu, Soc. méd. des hôpitaux de Paris, 6 mai 1898.)

Un homme d'une soixantaine d'années, s'expose à un courant d'air et contracte une paralysie faciale gauche absolument classique, semblant intéresser exclusivement le nerf facial, et primitivement indolente.

Quelques jours après, toute la sphère du nerf paralysé devient douloureuse, et la sensibilité s'étend à la tempe, au front, à la région maxillaire et buccale. Un zona optalmique se développe sur le territoire hyperesthésié et la névralgie du trijumeau semble se superposer à la paralysie faciale.

OBSERVATION IV

(H. Murphy, *Brit. med. Journ.*, 1897, vol. II, p. 465.)

Une dame âgée de cinquante-quatre ans, en août 1885, au sortir d'un bain de mer eut froid au cou et le lendemain se plaignit de violentes névralgies à droite.

31 août. — Rougeur dans les régions sus-orbitaire et temporale.

2 septembre. — Éruption de zona sur le nerf sus-orbitaire avec deux vésicules sur la tempe. L'œil était très douloureux et des vésicules existaient à la partie inférieure de la conjonctive.

Le 13, disparition de l'éruption ; amélioration des névralgies. Contractions spasmodiques des muscles de la face.

Le 16, légère paralysie faciale à gauche.

Le 24, les névralgies disparaissent. La peau est sensible en arrière et au-dessous de l'oreille droite, mais non pas dans le domaine de la cinquième paire. A gauche, le trijumeau est douloureux à la pression, ainsi que le facial sur le pavillon de l'oreille, la mastoïde et l'occiput.

8 octobre. — paralysie faciale gauche complète.

2 novembre. — Régression de la paralysie de ce côté. Persistance des douleurs sur le trijumeau à droite.

OBSERVATION V

(Roger, *in* th. Gaudu, Paris, 1901.)

M..., âgé de vingt-neuf ans boulanger, entre le 21 avril 1911 dans le service de M. le professeur Roger à Auberviliers.

Le malade présente au front, du côté gauche, une plaque rouge, s'arrêtant à la ligne médiane. Cette plaque est parsemée de vésicules nombreuses, disséminées sans ordre apparent.

La paupière est très tuméfiée et obnubile l'œil. La cornée ne présente pas d'ulcération, mais la conjonctive est très injectée. Les ganglions sous-maxillaires sont engorgés, mais pas douloureux.

3 mai. — On remarque une parésie faciale gauche atteignant à la fois le facial supérieur et le facial inférieur. Pas

de troubles auditifs, ni visuels ; rien du côté du voile du palais.

Le 11, la paralysie faciale s'est accentuée nettement. Guérison du zona et de la paralysie.

OBSERVATION VI

(Klippel et Aynaud, *in* th. Gaudu, Paris, 1901.)

A..., âgé de trente-cinq ans, entre à l'hôpital pour des douleurs à la partie antérieure de la tête, accompagnées d'une éruption vésiculeuse occupant la moitié droite du front, suivant la distribution du nerf sus-orbitaire, le nez à l'émergence du nerf naso-lobaire droit et la paupière supérieur du même côté.

Conjonctivite intense et larmoiement assez abondant. Tuméfaction de la région parotidienne.

Paralysie faciale du côté malade.

A droite, la sensibilité tactile est considérablement amoindrie dans tout le territoire du nerf sus-orbitaire ; la sensibilité, à la douleur, est très augmentée dans le même territoire, ainsi que sur les plaques de zona et les paupières supérieure et inférieure du côté droit. La pression des points correspondants aux divers rameaux de la branche ophtalmique de Willis, y compris le naso-lobaire, est très douloureuse. Hypoacousie à droite ; agueusie par le sulfate de quinine dans les deux tiers antérieurs de la langue ; diminution de l'odorat à droite. Huit jours après, éruption presque complètement cicatrisée. Hypoacousie à gauche, goût et odorat normaux des deux côtés ; régression de la paralysie.

B. — *Zona de la joue avec paralysie faciale*

OBSERVATION I

(Strubing, *D. Arch. f. Klin. Med.*, 1885, vol. XXXVII.)

Une demoiselle de cinquante-deux ans, qui vers l'âge de vingt ans avait été sujette à des accès de migraine, ressentit à la suite d'un courant d'air de violentes douleurs dans la moitié gauche du visage, qui ne durèrent pas plus d'un quart d'heure et qui se reproduisirent les jours suivants avec les mêmes caractères.

L'éruption de zona qui siégeait sur les branches du maxillaire inférieur apparut trois ou quatre jours après le début des douleurs : la paralysie faciale la suivit de très près, peut-être même se produisit-elle en même temps. Elle était située du côté gauche, limitée aux muscles cutanés et accompagnée deux jours après son début de la réaction de dégénérescence. Comme troubles de la sensibilité on notait de la douleur à la pression des nerfs sus et sous-orbitaires, du grand sympathique, du facial au trou stylo-mastoïdien, des vertèbres cervicales et une diminution du goût dans les deux tiers antérieurs de la langue.

OBSERVATION II

(Tryde *in* Strubing, *D. Arch. f. Klin. Med.*, 1885, vol. XXXVII.)

Un malade âgé de vingt ans, sourd-muet, eut un zona sur le trajet du maxillaire inférieur du côté gauche.

Trois jours plus tard apparut une paralysie faciale du même côté, qui guérit au bout de quatre jours à la suite d'un traitement par les courants continus.

OBSERVATION III

(Testaz, thèse de Paris, 1887.)

Un homme de dix-huit ans, après avoir eu froid en sortant d'un bain, est pris de violentes douleurs dans la face qui durent cinq jours : la suppression des douleurs coïncide avec l'apparition des signes physiques et des troubles fonctionnels d'une paralysie faciale gauche. Il y avait, de plus, une salivation assez abondante. Le zona qui siégeait sur la joue gauche semblait avoir précédé de très peu la paralysie. Les douleurs ne tardèrent pas à revenir : le malade entra à l'hôpital où l'on constata les troubles suivants de la sensibilité : affaiblissement de l'ouïe à gauche, agueusie pour l'acide salicylique dans la moitié gauche de la langue. Un mois plus tard la paralysie avait disparu.

OBSERVATION IV

(Rabbé, thèse de Paris, 1896.)

Un homme âgé de quarante-quatre ans fut atteint d'un zona de la joue droite (branche sous-orbitaire du maxillaire supérieur), précédé des douleurs vives dans la moitié droite du visage, surtout au-dessus de l'œil et dans la région sus-orbitaire.

Quatre jours plus tard, paralysie faciale incomplète du même côté ; guérison au bout de trois semaines.

OBSERVATION V

(Kaufmann, *Zeitschr. f. Ohren.*, vol. XXVIII.)

Un homme âgé de trente-quatre ans est pris de fièvre et d'indisposition.

Le lendemain, tension douloureuse dans la moitié gauche de la face ; herpès zoster sur la joue droite, céphalée, sifflement d'oreille, rachialgie, puis apparaît une paralysie faciale gauche totale avec bordonnements d'oreille, surdité à gauche et diminution du goût.

L'examen des oreilles montre une affection nerveuse de l'oreille gauche.

Quelques jours après on constate : l'amélioration de l'ouïe ; pas de vertige ; la paralysie faciale est complètement guérie.

OBSERVATION VI

(Truffi, *Giorn. ital. delle malattie ven. et della pelle*, 1898, p. 610.)

Femme de trente-neuf ans, atteinte de zona facial à gauche avec éléments distribués depuis le bord supérieur de l'arcade zygomatique jusqu'à un travers de doigt au-dessus du bord inférieur du maxillaire inférieur ; la région orbitaire, la partie antérieure de la joue et la région préauriculaire étaient respectées ; il n'y avait aucun des points douloureux classiques de la névralgie faciale, mais il y avait un point douloureux spontanément et surtout à la pression et dans les mouvements de la mâchoire, à 2 centimètres en avant

du tragus. Dans les premiers jours du séjour de la malade à l'hôpital, on constata une parésie faciale du côté de l'affection cutanée, sans déviation appréciable de la luette, ni troubles de la sécrétion salivaire, de l'ouïe ou du goût ; cette parésie faciale disparut en un peu plus d'une semaine.

OBSERVATION VII

(Klippel, *in* thèse Gaudu. Paris, 1901.)

Il s'agit d'un homme de trente à quarante ans, arthritique et nerveux; cet individu, jusqu'ici bien portant, ressent dans le courant de la journée quelques légers maux de tête qui ne l'empêchent cependant pas de vaquer à ses occupations. Dans la nuit et dans la journée du lendemain, les douleurs augmentent dans le territoire du trijumeau et deviennent très violentes ; le surlendemain, le malade souffre un peu moins, et l'on aperçoit sur le côté gauche de la face une éruption vésiculeuse. Dans la courant de la deuxième semaine de la maladie, alors que l'éruption commençait à disparaître, on vit survenir une paralysie faciale du côté gauche.

Cette paralysie fut très marquée, dura vingt jours et guérit sans complication ; il ne resta pas de douleurs après elle.

C. — *Zona de la bouche avec paralysie faciale*

OBSERVATION I

(Barthélemy, Soc. fr. de Derm., 1891, p. 382.)

Il s'agit d'un homme assez âgé, artério-scléreux par éthylisme dit des gens du monde, mais très net, qui a eu à l'occa-

sion de son zoster des douleurs lancinantes très violentes et une éruption peu abondante, quoique très nette, dans la bouche. Or, dans la huitaine qui a suivi les troubles sensitifs développés le long du trijumeau, des troubles moteurs de la plas haute gravité et d'une ténacité extrême se sont déclarés dans les muscles innervés par le facial. Le malade fut atteint d'une paralysie de la septième paire, typique, complète, du facial inférieur et supérieur, avec impossibilité de fermer les yeux, de souffler, de siffler, de retenir les larmes et la salive, de parler nettement, etc. Pendant six semaines, l'orbiculaire des paupières fut complètement paralysé ; il n'y a guère qu'une quinzaine de jours qu'il y a commencement d'occlusion, mais la face reste et restera encore longtemps tirée de travers et asymétrique.

OBSERVATION II

(Raymond, *Clin. des mal. du syst. nerv.*, 3e série, 1898, p. 615)

Une femme de quarante et un ans, venait de passer quelque temps chez ses parents à Auxerre : pendant la durée de sa villégiature, elle avait habité une chambre dont un carreau était brisé, mais elle n'avait jamais eu froid. Le matin de son départ, brusquement, et sans que ces phénomènes aient été précédés d'aucune douleur, elle éprouva une très grande difficulté à faire mouvoir le côté droit de la face. Pendant le voyage, la gêne des mouvements ne fit que s'accroître, la parole même devint embarassée, le soir la malade s'aperçut qu'elle avait eu une éruption sur la langue.

Un médecin appelé le lendemain constata que l'éruption, qui n'était autre chose qu'un zona, siégeait à droite, sur la langue et le voile du palais, empiétant légèrement sur le côté opposé. La parole était difficile, les aliments s'accumulaient dans le sillon gingivo-labial : comme troubles sensitifs, il y avait de l'hyperacousie à droite et quelques élancements sur le côté paralysé. Quelques jours plus tard le côté gauche de la face était également atteint par la paralysie, puis des douleurs se produisirent qui décidèrent la malade à entrer à la Salpêtrière, où l'on constata les phénomènes suivants : la face était symétrique, mais immobile et comme figée, les rides effacées, aussi bien sur le front que sur la joue, l'occlusion des paupières ne pouvait pas s'effectuer entièrement, l'articulation des mots se faisait mal, la propulsion de la langue en avant était difficile ; les mouvements de la luette et du voile du palais, normaux. Il y avait, de plus, une diminution du goût. L'examen électrique montrait les signes de la réaction de dégénérescence à droite : du côté gauche, les réactions électriques étaient presque normales. Un mois et demi après le début des accidents, la paralysie avait disparu à gauche, mais elle subsistait à droite, sans modification des réactions électriques trouvées au premier examen.

OBSERVATION III

(Remack, *in* th. Gaudu. Paris, 1901.)

Un malade se plaignit de violentes douleurs dans l'oreille droite.

Huit jours plus tard, celles-ci furent suivies d'une paralysie

faciale complète et d'un zona qui occupa les deux tiers antérieurs de la langue du même côté que la paralysie. Le zona et la paralysie se produisirent en même temps.

Il n'y eut de troubles ni de la sensibilité générale ni du goût.

IV. — Zona cervico-occipital avec paralysie faciale

Le groupe contient des observations de :

A. — Zona cervical avec paralysie faciale ;

B. — Zona cervico-facial avec paralysie faciale ;

C. — Zona cervico-brachial avec paralysie faciale ;

D. — Zona cervico-occipital avec paralysie faciale.

A. — Zona cervical avec paralysie faciale

OBSERVATION I

(Déjerine et Théoari. Soc. de Biologie, 1897.)

La malade, âgée de quatre-vingt un ans, présentait de la démence sénile et de la cachexie avancée due à un cancer de l'utérus. On a pu, néanmoins, établir qu'elle a été atteinte en décembre 1896, d'un vaste zona du plexus cervical superficiel gauche et que sa paralysie faciale gauche remonte à quatre mois au maximum et à deux mois au minimum.

A son entrée à l'infirmerie de la Salpêtrière, on constate

une paralysie faciale gauche totale. La sensibilité de la face semble intacte dans toutes ses modalitées. L'examen de la gustation n'a conduit à aucune donnée concluante, à cause de l'état mental de la malade. L'audition est normale des deux côtés, il n'y a pas d'écoulement par les oreilles. A l'examen électrique R. D. dans les branches du facial et dans les muscles de la moitié gauche de la face.

La malade succomba, le 7 juin 1907, à des complications pulmonaires.

Autopsie. — Cancer de l'utérus avec propagation pelvienne ; splénisation des bases pulmonaires.

A l'examen microscopique des branches terminales du facial supérieur, on constate l'existence d'une dégénérescence vallérienne, d'autant plus avancée que l'on examine les branches les plus éloignées du tronc du nerf. Cette lésion existe sur un beaucoup plus grand nombre de tubes nerveux dans les branches du facial inférieur (où il n'y a pas un tube sain pour dix tubes malades) que dans les branches du facial supérieur où la proportion est inverse.

La corde du tympan présente quelques rares fibres dégénérées.

La portion intra-pétreuse du facial présente de petits grains noirs, mais il y a peu de trainées de grains, ce qui indique que la dégénérescence porte sur peu de tubes. On trouve de ces grains en petit nombre sur toute la longueur du facial intrapétreux ; les racines du facial ne montrent pas un seul tube nerveux altéré.

Les coupes de la protubérance montrent des cellules vitreuses, avec absence de grains chromatiques au niveau

du noyau du facial gauche ; on y trouve encore quelques cellules d'apparence normale. Le noyau du facial droit et de deux oculo-moteurs sont normaux.

OBSERVATION II

(Grassmann, *D. Archiv. f. Klin. med.*, 1897, vol. LIX, p. 615.)

Une femme de quatre-vingt un ans, après avoir eu des douleurs sur le territoire du plexus cervical du côté droit, présente sur les branches de ce plexus une éruption d'herpès zoster. Pendant la durée de l'éruption, un œdème se produisit sur la joue droite et onze jours après l'apparition du zona la malade est atteinte d'une paralysie faciale du même côté qui disparaît au bout de six semaines, en laissant après elle une névralgie persistante du plexus cervical. De plus, chez cette femme, en dehors des phénomènes de paralysie et d'irritation vaso-motrice, il y eut des troubles sensitifs : elle avait de l'hypoacousie à droite et elle accusait une sensation de fadeur lorsqu'on déposait sur la moitié droite de sa langue une substance aigre ou salée.

OBSERVATION III

(Gaucher, *Journ. de méd. Int.*, 1899, p. 540.)

M. Gaucher présenta, dans une de ces leçons cliniques, une femme atteinte de paralysie faciale périphérique gauche consécutive à nos zona cervical ayant siégé du même côté.

OBSERVATION IV

(A. S. Barnes, *The Lancet*, 1902, v. 2, p. 1197.)

Le malade âgé de quarante ans, après un refroidissement, fut atteint, le 30 septembre 1902, d'une éruption de zona, s'étendant dans la région des troisième et quatrième nerfs cervicaux droits.

8 octobre. — Paralysie faciale du côté malade, avec légère anesthésie. Pas de douleurs. Réaction électrique normale. Perte du goût sur la partie droite de la langue. Légère diminution de l'ouïe, spécialement pour les notes musicales élevées.

22 octobre. — Disparition de l'éruption et de la paralysie. Le goût et l'ouïe sont normaux.

OBSERVATIONS V et VI

(Cousot, *Bull. de l'Acad. méd. de Belgique*, 1904.)

Cas 1. Il s'agit d'un homme vigoureux de cinquante-cinq ans, athéromateux.

8 mars 1903. — Il ressentit des douleurs dans le cou et l'épaule et eut des frissons.

10 mars. — Apparaissait une rougeur générale suivie d'une éruption de zona, occupant le territoire de distribution du plexus cervical superficiel et accompagnée d'une paralysie faciale gauche.

Guérison spontanée de la paralysie au bout de huit jours.

Cas 2. M^me^ G..., âgée de cinquante ans, ressent le 19 avril

1902, au soir, une courbature pénible, de la fatigue et des frissons.

22 avril. — Au matin, apparaît une rougeur diffuse, cuisante à la partie inférieure de la face, au cou, à l'épaule droite.

23 avril. — Apparaissent les vésicules caractéristiques du zona avec persistance des douleurs névralgiques intenses sur le cou et l'épaule.

23, 24, 25 avril. — L'éruption s'achève, elle couvre tout un territoire limité en haut, par le bord inférieur de la mâchoire, l'oreille, la région occipitale, en bas, par la clavicule en avant, par l'épine de l'omoplate en arrière.

Ce sont les territoires innervés par le plexus cervical.

28 avril. — On constate une légère déviation des lèvres et le 30 avril on trouve une paralysie faciale complète.

Quinze jours après, disparition progressive de la paralysie.

B. — *Zona cervico-facial avec paralysie facial*

OBSERVATION I

(Coob, *Bost. Med. and Surg. Journ.*, 1869.)

Coob vit un zona dans la moitié droite du cou et du visage suivi de paralysie faciale du même côté, terminé par guérison.

OBSERVATION II

(Darabseth, *The Lancet*, 5 mai 1894.)

Un homme de trente-quatre ans, fut atteint d'un zona du quatrième espace intercostal droit, qui se propagea au cou et enfin au bout de quatre jours, atteignit la joue du même côté. La paralysie faciale, située à droite et limitée aux muscles cutanés, semble avoir débuté un jour après l'apparition de l'éruption vésiculeuse sur la joue. Le côté droit de la face était tuméfié, la sensibilité y était diminuée. Enfin, le goût était altéré ; le malade trouvait tout insipide. La guérison de la paralysie eut lieu au bout de trois semaines.

Darabseth rapporte que Fagge a observé un cas analogue, mais dans lequel la paralysie ne disparut qu'au bout de trois ou quatre mois.

OBSERVATION III

(O. Frich., *Monasts. f. Prakt. Derm.*, 1898, p. 375.)

Homme de soixante-quinze ans, atteint de zona intéressant le côté droit du cou et de la face, dans la région inférieure du pli cervical (nerf petit occipital, grand auriculaire, sous-cutané du cou, sus-claviculaire). Au bout de dix à douze jours, au cours d'une des crises douloureuses, survint une paralysie totale du nerf facial du même côté. La galvanisation prolongée eut raison de la paralysie et des douleurs.

OBSERVATION IV

(Lannois, *Lyon méd.*, août, 1899.)

M. Lannois rapporte le cas d'un malade de M. Dor, père, chez lequel existait un zona avec paralysie faciale et phénomènes du côté de l'auditif.

Ce sujet se réveilla un matin avec une sensation de raideur dans la moitié gauche de la face, en même temps qu'une éruption de zona se manifestait sur la face, le cou et le moignon de l'épaule. Ultérieurement, survint du vertige de Ménière absolument caractérisé.

Le zona disparut le premier, alors que la paralysie faciale et les vertiges persistèrent pendant plusieurs mois.

L'examen de l'oreille montra seulement une diminution de l'audition.

OBSERVATION V

(Truffi, *Giorn. Ital. d. Mal. Ven.*, vol. XXXIX, p. 195.)

G. G..., âgé de vingt-six ans, entra à la clinique, le 5 avril 1903, pour une affection cutanée qui s'étendait sur la face antéro-latérale du tronc jusqu'au scrotum. Pendant son séjour à l'hôpital, apparut, précédé de douleurs névralgiques, un zona occupant la région cervicale gauche et la joue du même côté. En même temps, on constata une paralysie faciale gauche avec hyperacousie de ce côté. Goût et salivation normaux. Sensibilité tactile, même sur la région malade intacte. Réflexe pharyngien aboli. L'excitabilité éclectique

du nerf facial et des muscles qu'il innerve, ne paraissait pas considérablement altérée. Les points d'émergence des premiers nerfs cervicaux était douloureux à la pression. Le zona disparut rapidement, ainsi que la paralysie.

OBSERVATIONS VI et VII

(Casassus, thèse Bordeaux, 1908.)

Cas I. — Henri X..., âgé de soixante-sept ans.

7 janvier. — Éprouva une douleur siégeant à la nuque, principalement du côté gauche et s'irradiant vers l'oreille et la base du cou ; la moindre pression exagérait la douleur. Au bout de deux ou trois jours, il se produisit une éruption de boutons.

A l'examen, on constata un zona cervico-facial. Toute la région était douloureuse et l'exploration à la piqûre dénotait une hyperesthésie très marquée.

Huit jours plus tard, apparition d'une paralysie faciale périphérique totale du côté malade. Le goût était intact, l'odorat également. L'ouïe : le malade avait ressenti quelques bourdonnements d'oreille ; son acuité auditive n'était pas diminuée de ce côté.

4 mars. — Les lésions zostériennes sont guéries, la paralysie faciale a presque totalement disparu.

Cas II. — Marcelin X..., âgé de soixante-douze ans.

25 décembre. — Un peu de fièvre, une légère céphalalgie et quelques troubles gastriques.

Peu après, survint, sur la région gauche de la nuque et du cou, une éruption qui se compliqua d'une pyodermite qui en masqua le caractère.

3 janvier. — Paralysie du nerf facial gauche.

A l'examen, zona cervical empiétant sur le pavillon de l'oreille ; paralysie faciale gauche totale. Les sensations gustatives paraissent perverties dans toute la moitié gauche de la langue ; le malade ne distingue pas nettement de ce côté le sucre de la quinine ; la salivation est normale. Le malade, qui était dur de l'oreille gauche, est devenu presque entièrement sourd de ce côté.

4 mars. — Amélioration du zona et de la paralysie.

Le 25 mars, le malade fait un érysipèle de la face et meurt quelques jours après, de complication pulmonaire.

Autopsie. — Lésions de tuberculose fibreuse surtout au sommet gauche, de l'athéromasie aortique et mitrale, des lésions de l'artério-sclérose viscérale (petits reins rouges de néphrite interstitielle). Les vaisseaux de l'encéphale sont très athéromateux, les ganglions rachidiens (premier et deuxième) paraissent plus rouges à gauche qu'à droite. A l'examen microscopique du nerf facial et de ces branches : lésions de névrite parenchymateuse des plus accusées ; on compte seulement une fibre à peu près intacte sur dix. Des filets du plexus cervical superficiel, de l'auriculaire postérieur sont atteints de névrite du même type et au même degré. Pas d'infiltration leucocytaire des nerfs. La corde du tympan est normale. Les ganglions rachidiens et le noyau supérieur du facial, montrent des lésions de sénilité des cellules ; énorme surcharge pigmentaire, neurophagie.

Les méninges présentèrent une infiltration lymphocytaire.

C. — *Zona cervico-brachial avec paralysie faciale*

OBSERVATION I

(Hervouet, *Gaz. méd. de Nantes*, oct. 1892.)

Il s'agit d'un malade, âgé de soixante-cinq ans, présentant une éruption constituée par des groupes d'herpès zoster situés à la région externe et postérieure du bras droit, envahissant à peine l'avant-bras et s'étendant sur la partie latérale droite du cou.

Le développement des vésicules a été précédé et accompagné de douleurs assez vives, surtout vers la fosse sus-épineuse et le long du bras ; douleurs spontanées presque continues et que les mouvements augmentent ainsi que la pression.

En dehors d'un peu d'hyperesthésie cutanée, la sensibilité de la peau, dans ses divers modes, n'est pas modifiée.

On constate, chez ce malade, une paralysie faciale incomplète droite avec ptosis et un peu de myosis du même côté, une impotence fonctionnelle du bras supérieur droit due à une paralysie du muscle deltoïde.

D. — *Zona cervico-occipital avec paralysie faciale*

OBSERVATION I

(Greenough, *Boston Med. and Surg. Journ.*, 1869.)

Greenough a vu un tuberculeux présenter peu après un zona occipito-cervical, une paralysie faciale du même côté qui guérit en cinq semaines.

OBSERVATION II

(Tryde, *Schmidt's Jahrbruch*, 1872, p. 273.)

Une femme de trente-neuf ans, enceinte ; quatre semaines avant son accouchement, apparut sur la moitié gauche du cou, autour de l'oreille et sur l'épaule, un zona qui s'étendait jusqu'à la nuque et à la partie postérieure du cuir chevelu en arrière, jusqu'à la région molaire et à la commissure labiale en avant. Au moment de son accouchement une amélioration survint dans son état : l'exanthème devint pourtant plus florissant. Les jours suivants, on constata une paralysie motrice du facial. L'éruption disparut d'abord, puis la paralysie fut guérie par les courants continus.

OBSERVATION III

(Remak, *in* Voigt, *St-Petersb. med. Woch.*, 1884, n° 45.)

Le malade, âgé de quarante-quatre ans, après avoir ressenti pendant quatre ou cinq jours des douleurs au cou, fut atteint d'un zona cervico-occipital.

La paralysie faciale apparut deux jours plus tard. Il y avait de plus des troubles subjectifs et objectifs des sensibilités générale et spéciale : sensation d'amertume sur la moitié gauche de la langue (côté du zona et de la paralysie), tintements d'oreille à gauche, diminution de la sensibilité tactile du côté malade avec hyperesthésie au niveau des plaques de zona.

OBSERVATION IV

(Eulenburg, *Central. f. Nerven*, 1885, vol. I.)

Une malade fut atteinte de fortes névralgies faciales suivies d'un zona siégeant du côté gauche, au niveau de l'articulation temporo-maxillaire et du trou stylo-mastoïdien et s'étendant sur le cou.

Après l'apparition de l'éruption survint une paralysie faciale gauche avec diminution des réactions électriques des muscles paralysés et légère déviation de la langue.

OBSERVATION V

(Besnier, *in* thèse Despaigne, Paris, 1888.)

M. X..., après avoir éprouvé pendant plusieurs semaines des douleurs vives dans la région cervicale du côté droit, fut atteint d'un zona étendu de la région cervico-occipitale droite. Au moment de la dessiccation complète de l'éruption postérieure qui d'ailleurs était demeurée bénigne, on vit apparaître vers la deuxième semaine une paralysie faciale du même côté. Cette paralysie de la face dans laquelle l'orbiculaire était atteint et qui présentait tous les caractères d'une paralysie périphérique, disparut au bout de six semaines sans laisser la moindre trace.

OBSERVATION VI

(Perrin, *Marseille méd.*, 1892, p. 580.)

M. X..., négociant, âgé de quarante-quatre ans, est atteint en quelques jours d'un zona s'étendant depuis la région occi-

pitale jusqu'à la région latérale du cou, de la clavicule et en bas jusqu'au voisinage de l'acromion en dehors. Toute la région malade est hyperesthésiée.

Deux semaines après, paralysie faciale totale du côté malade. L'ouïe est normale.

Le zona disparut d'abord, la paralysie ensuite.

OBSERVATION VII

(Spencer, *the Lancet*, 9 juin 1894.)

Une femme de soixante ans, fut atteinte, deux jours après l'apparition d'un zona cervico-occipital droit, d'une paralysie faciale du même côté. Cette paralysie était limitée aux muscles superficiels. Aucun trouble sensitif, mais de la raideur de la langue. La guérison de la paralysie fut assez longue à se produire : elle ne survint qu'au bout de trois ou quatre semaines.

OBSERVATION VIII

(Hoffmann, *D. Zeit. f. Nerœn.*, 1894, vol. V.)

F. M..., âgé de vingt-cinq ans, commerçant, fut pris à la suite d'un refroidissement de douleurs dans la moitié droite du cou et de la nuque.

Quatre jours après, apparition d'un zona dans ces régions.

Huit jours plus tard, paralysie faciale droite accompagnée de douleurs et de bourdonnements dans l'oreille homonyme. A l'examen on constata : paralysie de toutes les branches du nerf facial droit ; disparition du goût dans les deux tiers antérieurs de la moitié droite de la langue ; voile du palais

intact ; réflexe pharyngien normal. La montre n'était entendue à droite qu'appliquée sur l'oreille. Aucun trouble de la sensibilité de la face ; les autres organes étaient normaux. Tous les symptômes disparurent successivement au bout d'un mois.

OBSERVATION IX

(Van Someren, *the Lancet*, 1895, vol. II.)

Un homme fut atteint d'une éruption de la face à droite s'étendant sur la tête, les épaules et la clavicule. Quelques vésicules existaient également sur le deltoïde et le bras droit. L'éruption datait de trois ou cinq jours. Pas de douleurs en ce moment. Elles apparaissent bientôt, et huit ou dix jours après le commencement de l'éruption, on constata une paralysie faciale très nette du côté malade.

Deux mois après, des contractions spasmodiques apparurent accompagnées de violentes douleurs se propageant sur la région mastoïdienne droite et survenant la nuit. L'application du courant galvanique fut sans aucun résultat.

OBSERVATION X

(H. Murphy, *Brit. med. Journ.*, 1897, vol. II.)

La malade, âgée de soixante-huit ans, le 26 septembre 1896, se plaignait de graves névralgies sur le côté droit de la tête, de la face et du cou. On constatait des plaques rouges sur le sterno-cléido-mastoïdien droit, sur la nuque, sur la joue, en arrière de l'angle de la bouche. Contractions spasmodiques

de la paupière gauche. Paralysie faciale droite, complète le lendemain. Douleurs violentes, surtout en arrière de l'oreille et irradiations en tous sens.

29 septembre. — La conjonctive et la muqueuse buccales sont rouges et enflammées. Bientôt apparaissent des vésicules de zona.

30 octobre. — Disparition du zona, régression de la paralysie.

OBSERVATION XI

(Thibierge, *in* thèse Gaudu, Paris, 1901.)

L. B..., âgée de trente ans, entre à l'hôpital le 17 janvier, présentant un zona occupant à droite : la face externe du cou, la région occipitale, le lobule de l'oreille et la partie inférieure de la joue, accompagné de douleurs névralgiques dans les mêmes régions. De plus, paralysie faciale droite complète et typique. Aucun trouble de la sensibilité générale. Goût, odorat, normaux. Hypoacousie droite. Le 22, le zona est presque complètement guéri et la paralysie faciale a presque disparu.

OBSERVATION XII

(Sainton, *in* th. Gaudu, 1901.)

H..., âgée de cinquante ans, entre dans le service de M. le professeur Debove, au mois de mars 1899, présentant, en plus de névralgies violentes, une éruption de zona, occupant très exactement les branches du plexus cervical, super-

ficiel, auriculaire, cervical transverse, occipital (l'éruption occupe le cuir chevelu).

Le huitième jour, apparut une paralysie faciale gauche légère. Les réactions électriques n'étaient point sensiblement modifiées.

Au bout de trois semaines, guérison de la paralysie ; persistance des douleurs névralgiques.

OBSERVATION XIII

(Fraser, *The Lancet*, vol. I, 1904.)

Le malade, adulte, se présente le 20 octobre 1903, se plaignant de névralgie à la face et à la tête.

25 octobre. — Éruption étendue de zona, à droite, comprenant le cuir chevelu, la partie inférieure de la face (nerf maxillaire inférieur), l'oreille et le cou jusque sur les épaules, la clavicule et même la partie supérieure de la poitrine.

8 novembre. — Paralysie faciale typique droite.

Le malade indiquait avec une grande précision le trou mental comme un point douloureux, en décrivant ces douleurs névralgiques. La paralysie motrice semblait localisée au facial moteur. Pas de paralysie de la cinquième paire. Les muscles du cou semblaient être intacts. Le groupe sous-hyoïdien, innervé par l'hypoglosse et indirectement par les nerfs cervicaux, était normal. Aucune lésion du voile du palais et de la luette. L'ouïe intacte. Le goût, légèrement diminué du côté malade. Les sensations tactiles étaient diminuées sur la face et la langue ; cercles de Weber sur la langue ; 6 millimètres à droite, 2 millimètres à gauche, sur la

joue droite : 1 centimètre. Sensibilité thermique intacte.

5 décembre. — Grande amélioration et régression de la paralysie faciale.

OBSERVATIONS XIV et XV

(J. Ramsay Hunt, *Journ. of Nerw. and Ment. Disease*, 1907.)

Cas 1. — Une femme, âgée de soixante-six ans, le 20 mars 1904, à la suite d'un refroidissement, commença à éprouver des douleurs à gauche, à la face et au cou.

Deux jours après, des douleurs lancinantes et des sensations de fourmillement se développèrent du même côté, à la face, au cou et à l'occiput, douleurs bientôt suivies d'une éruption d'herpès dans les mêmes régions. Les douleurs vives persistèrent après l'éruption.

On constata alors une paralysie faciale gauche complète.

24 avril. — L'examen montrait en plus de la paralysie faciale gauche, une forte congestion de la région, de l'épiphora et de salivation. La pression sur la septième paire au front et à l'oreille provoquait de la douleur. Il n'y avait aucun trouble objectif de la sensibilité de ce côté et aucune douleur à la pression du point d'émergence du trijumeau. L'odorat et le goût étaient intacts. Légère adénopathie cervicale gauche.

Un mois après, toute trace de paralysie faciale avait complètement disparu.

Cas 2. — Le malade, cultivateur, admis à l'hôpital de la Cité, le 15 février 1905, était âgé de quarante-huit ans. Alcoolique. Aucune maladie vénérienne.

26 novembre 1904. — Il éprouva, à droite, de violentes douleurs dans la région du nerf grand occipital et immédiatement en arrière de l'oreille, ainsi que des sensations de brûlure sur le cou à droite. Ces douleurs prodromiques persistèrent environ quatre jours et furent suivies d'une éruption des vésicules sur le côté droit du cou, à la partie inférieure de la face et le long de la branche montante du maxillaire inférieur.

3 décembre. — Paralysie faciale droite et disparition des vésicules, laissant de petites cicatrices pigmentées. La paresthésie et les sensations de brûlure persistèrent avec de violentes douleurs dans la région malade. Dans cette même région, diminution de la sensibilité au tact, à la douleur et à la température, surtout à l'angle de la mâchoire. L'odorat et le goût sont intacts. Les autres nerfs craniers, les pupilles, les réflexes tendineux sont normaux. L'urine est normale.

Examen électrique : au courant faradique, les muscles innervés par le facial du côté paralysé ne donnent pas de réponse à l'excitation du nerf; réponse lente et diminuée à l'excitation directe.

12 mars 1905. — Pneumonie droite.

Le 26 mars, à 5 heure du soir, mort.

Autopsie. — Le poumon droit est atteint de pneumonie tuberculeuse. L'examen macroscopique du cerveau et de la moelle épinière est négatif.

Examen microscopique. — Les branches du facial montrent une dégénérescence wallérienne. Le ganglion géniculé ne put être étudié, n'ayant pas été trouvé. Le tronc du facial semblait normal. Dans le nerf de Wrisberg, on constatait une diminution des fibres nerveuses avec sclérose consécutive et

augmentation du tissu conjonctif. Les cellules du noyau du facial, du côté malade, moins nombreuses sont plus petites, plus pâles, plus arrondies que normalement, avec une absence de la coloration tigrée des corps de Nissl. A forte coloration, les nucléoles sont très faiblement colorées, les noyaux sont petits, irréguliers, périphériques. Dans beaucoup de cellules, le noyau montre une dislocation périphérique et même complète. Les corps de Nissl sont déformés, et les cellules montrent une légère apparence granuleuse.

La quantité et la qualité de cellules pigmentaires ne semble pas varier de deux côtés.

Pas de lésions des racines du facial. Les coupes transversales de la moelle au niveau de la sortie du facial, du nerf de Wrisberg et de l'auditif montrent une ancienne dégénérescence de la myéline, des cellules granuleuses à l'intérieur et tout le long du trajet de la racine médiane de la huitième paire. La racine du facial et la racine externe de l'auditif ne présentent aucune lésion.

L'examen des racines de premier, deuxième, troisième et quatrième nerfs cervicaux du côté malade montrait des lésions d'ancienne dégénérescence dans la racine postérieure du troisième nerf cervical. Le bout central du troisième ganglion cervical droit avec les racines attenantes montra un épaississement et une prolifération du tissu conjontif de la gaine sur sa face interne. La moelle, présentait, dans les premier, deuxième, et troisième segments cervicaux, de lésions de dégénérescence le long du bord interne de la corne postérieure et de la substance blanche adjacente.

Le ganglion de Gasser droit était normal. Les branches du plexus cervical superficiel présentaient les mêmes lésions de dégénérescence que les ramifications du nerf facial.

OBSERVATION XVI

(J. Ramsay Hunt, *Journ. of. nerw. and mont Disease*, 1908.)

Le malade, âgé de soixante et onze ans, présentait l'herpès occipito-cervical avec paralysie faciale droite qui apparut huit jours après du côté où il avait éprouvé des bourdonnements d'oreille. Diminution du goût dans les deux tiers antérieurs de la langue du côté malade et légère, mais évidente surdité. Les trois branches du facial étaient prises. Certains mouvements faibles persistaient encore dans les branches moyenne et inférieure. Aucune éruption herpétique n'apparaissait dans le domaine du ganglion géniculé.

OBSERVATION XVII

(E. Weatherhead, *Brit. med. Journ.*, 1909 p. 402.)

Chez une malade de cinquante ans, apparut avec des douleurs névralgiques et une légère élévation thermique un zona cervico-facial gauche. Ce zona s'étendait, en bas, jusqu'à la clavicule, en haut, au-dessus de l'oreille sur la moitié inférieure de la tête et de l'occiput, en avant, sur la face au-devant du bord antérieur de la branche montante du maxillaire inférieur, sur le cou, en avant, jusqu'à la ligne médiane, en arrière, sur l'occiput jusqu'à la nuque. Ainsi, le zona correspond aux deuxième et troisièmes racines cervicales postérieures (d'après Head). Lorsque le zona eut atteint son maximum de développement, survint une paralysie faciale gauche.

Le malade était un sujet qui s'alimentait mal et qui était atteint de scoliose et de tuberculose pulmonaire bilatérale.

OBSERVATION XVIII

(Claude et Schæffer, *Pr. méd.*, 1911.)

Mlle T..., âgée de vingt-huit ans, entre le 21 décembre 1910, à la Salpêtrière. salle Charcot, pour une paralysie faciale gauche et une éruption zostérienne occupant la face et le cou du côté gauche.

La maladie a débuté, dans la nuit du 13 au 14 décembre, par des élancements assez violents dans les deux oreilles et le cuir chevelu du côté gauche, puis apparurent bientôt des picotements dans l'épaule gauche et le bras du même côté jusqu'au coude.

Dans la journée du 14, apparurent les premières vésicules au niveau de l'oreille et les jours suivants au niveau de la joue, puis du cou, de l'épaule et enfin du cuir chevelu, toutes du côté gauche. Le 20, les dernières apparurent sur le front. Le début de l'affection se traduisit aussi par quelques petits frissons, un malaise général et de l'abattement.

Dès le 14, la malade voyait trouble.

Le 17, au matin, elle constata l'existence de la paralysie faciale gauche.

État actuel, le 21 décembre 1910, le jour de l'entrée à l'hôpital. La malade est abattue et déprimée, avec tachycardie et tendance à la syncope. Elle est apyrétique et ne présente aucun trouble viscéral. Ni sucre, ni albumine dans ses urines. On constate l'existence d'une éruption d'herpès zoster

siégeant du côté gauche et occupant le cou, la fosse sus-épineuse, la face, le front, l'oreille et le cuir chevelu. Les muqueuses de la bouche et du pharynx ne sont pas intéressées. Les douleurs ont beaucoup diminué. Les tintements ont disparu dans les deux oreilles, ainsi que les élancements dans l'oreille droite; ils persistent seulement dans l'oreille gauche. Les troubles de la sensibilité objective sont aussi peu marqués.

Il existe, par rapport au côté sain, une légère hyperesthésie de la partie antéro-latérale du cou à gauche, qui va en s'atténuant sur la portion correspondante de la face. Pas de troubles de la sensibilité générale ou spéciale de la langue.

Du même côté que l'éruption zostérienne, la malade présente une paralysie faciale périphérique d'intensité moyenne.

A l'examen électrique, D. R., partielle commençante dans tout le domaine du nerf facial gauche, plus accusée sur le triangulaire des lèvres.

En outre, il existe une paralysie du droit externe de l'œil gauche, une parésie de la musculature intrinsèque de l'œil et une hypoacousie très marquée de l'oreille gauche.

Une ponction lombaire décela une leucocytose très intense. On comptait 144 éléments (lymphocytes et moyens mononucléaires) par millimètre cube.

Sous l'influence du traitement électrique, l'éruption zostérienne guérit sans laisser de douleurs persistantes, les paralysies oculaires rétrocédèrent aussi rapidement. La paralysie faciale, qui persista plus longtemps, a actuellement à peu près complètement disparu.

CONCLUSIONS

A . — Conclusions anatomo-physiologiques

I. — Le nerf facial, comme le trijumeau, est un nerf mixte, parce qu'il contient des fibres sensitives et des fibres motrices.

II. — Son ganglion sensitif est le ganglion géniculé.

III. — La racine motrice de ce ganglion est le nerf facial proprement dit et sa racine sensitive le nerf intermédiaire de Wrisberg.

IV. — Les branches sensitives de ce ganglion sont constituées par les nerfs grand et petit pétreux superficiels, la corde du tympan et le facial.

V. — La surface cutanée qui reçoit, la sensibilité du ganglion géniculé, comprend le conduit auditif externe et le pavillon de l'oreille.

VI. — Les fibres du ganglion géniculé, qui fournissent la sensibilité au pavillon de l'oreille et au conduit auditif externe, peuvent gagner l'oreille par deux voies.

Une voie directe, par le nerf facial lui-même, c'est de beaucoup la plus vraisemblable.

Une voie indirecte, moins probable, par le petit nerf pétreux superficiel, son anastomose avec le ganglion otique et l'auriculo-temporal (branche du maxillaire inférieur).

B. — Conclusions cliniques

I. — Le ganglion géniculé étant du même type que les ganglions cérébro-spinaux, il peut devenir comme eux le siège d'une inflammation zostérienne.

II. — La zone zostérienne de ce ganglion, qui est en même temps sa zone sensitive, est située entre celle du ganglion de Gasser pour la face et celle des deuxième et troisième ganglions cervicaux pour le cou et l'occiput.

III. — Étant donné les rapports intimes du facial et du ganglion géniculé, on comprend que l'inflammation herpétique de celui-ci provoque très souvent la paralysie faciale.

IV. — Cependant, on constate également la paralysie faciale dans des zonas de la face et du cou, manifestement en rapport avec des lésions du ganglion du Gasser ou de plusieurs ganglions cervicaux.

Il faut admettre, dans ces cas, que le ganglion géniculé est atteint en même temps que les autres ganglions. Seule l'atteinte du glanglion géniculé, peut, dans ces cas, provoquer la paralysie faciale.

V. — Le zona du ganglion géniculé, peut, en raison de ses connexions anatomiques, se traduire par différents syndromes :

1° Zona simple de l'oreille ;

2° Zona de l'oreille avec paralysie faciale ;

3° Zona de l'oreille avec paralysie faciale et symptômes auditifs (douleur, bourdonnements, sifflements, vertige, mystagmus, surdité, troubles de l'équilibre).

Cette association se comprend par les rapports anatomiques du facial et de l'acoustique, réunis dans un canal osseux étroit ou par la propagation de l'infection aux ganglions de Scarpa et de Corti ;

4° Zona de la tête (zona auriculaire, zona facial, zona occipito-cervical) avec paralysie faciale.

Vu : le Président de thèse,
DÉJERINE

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Anatomie et pathologie

Amabilino. — Sui rapporti del ganglio geniculato con la corda del timpano et col jaciali, Il Pisani, 1898.

Barensprung. — Charite Annalen., v. X.

Birmingham. — The nerve of. Wribserg (Journ. of. Anat. and. Phys., 1895).

Charcot et Cotard. — Mém. de la Soc. de Biologie, 1865.

Cuching. - A Study of the Trigeminal Field. (Johns Hopkins. Bull., juillet, 1904).

— Journ. Amer. Med. Assoc., 1905.

Delille (Armand) et Camus. — Soc. de Neur. de Paris, février 1903.

Dixon. — The Course of the Taste Fibers. (Edin. Med. Journ., juin 1897).

— The Sensory Distribution of the Seventh. Nerve in (Man. Journ. Anat. and. Phys., v. XXXIII, p. 4).

Donath. — Die Sensibilitätsstörungen bei peripheren Gesichtslähmangen (Neur. Centralblatt., 1906).

Frasier et Spiller. — Division of Sensory Root of the Fifth for Tic douloureux (Journ. Amer. Med. Assoc., 1904).

— Univ. of. Penn. (Med. Bull., 1901, v. XXIV, p. 343).

Perguson. — Exostoses with Degeneration of the Vidian Nerve. (Med. News., 1890).

Frankl-Hochwart. — Uber sensible und vasomotorische-störungen bei der rheumatischen Fazialislähmung (Neur. Central., 1891).

Fruhwald. — Le Ganglion géniculé. Sitzungsbericht der wien. Acad. f. Wiss., v. LXXIV, p. 9.

Gilbert Ballet. — Lésions nerv. dans un cas de zona cerv. (Soc. méd. des hôp., 1900).

Gaskell. — The Cranial Nerwes. (Journ. of. Physiol., 1889, p. 153).

Haed et Campbell. — Pathology of Herpes Zoster. Brain, 1900.

Hedinger. — D. Zeit. f. Nerwen, v. 24, p. 305.

Howard. — The Pathology of Nasal and Labial Herpes (Amer. Journ. Med. Sc., 1903).

Hunt (J.-R.). — Le Syst. sensitivo-sensoriel du nerf facial (Journ. of. Nerv. and ment. Disease, 1909).

— Herpetic inflammations of the geniculate ganglion (Amer. Journ. of Med. Sc. août 1908, v. CXXXVI).

— Journ. of. nerv. and ment. Disease, 1907.

— Journ. of the Amer. med. Assoc. v. LIII, p. 1456, 1909.

Klippel et Aynaud. — La Paralysie faciale zost. (Gaz. des hôpitaux, 1899).

Krause. — Die Neuralgie des Trigeminus, 1896.

Landouzy. — Semaine médicale, 1883.

Lenhossek. — Gangl. Geniculate und seine Verbindungen, 1894.

Penzo. — Ueber das Gang. Genic. Anat. Anz. v. 8, p. 738.

Poirier. — Traité d'anatomie humaine.

Ruge. — La Distribution périph. de la septième paire chez les vertébrés (Zeit. z. Siebzt. Geburgstag. Gegenbauer).

Sapolini. — Étude anat. sur le n. de Wrisberg et la corde du tympan (Journ. de Méd. de Bruxelles, 1884).

Scherrington. — Philosophical Transactions of the Royal Soc. v 190, 1898.

Testut. — Traité d'anatomie humaine, 1912.

Thomas (André). — Les Lésions radiculo-gangl. du zona (Rev. Neur., 1907).

Van Gehuchten. — Anatomie du système nerveux, 1906.

Otologie

Butter. — A Case of Otalgia (Canada Lancet, 1902).

Clark et Taylor. — Journ. of. the Amer. med. Assoc., v. LIII.

Dench. — Reflex Aural Sympt. Dependent Upon Dental Caries Dental Cosmos.

Dunn. — A Sewere Case of Mastoid Neuralgia (Charlotte med. Journ., mars 1901).

Eitelberg. — Ein Fall von Neuralgie der Ohrmuschel (Wien. med. Presse, 1902, n° 26).

Gruber. — Ein Fall von typischer Otalgia (Monats. f. Ohren, 1869).

Hunt (J.-R.). — Archives of Otology, 1907.

Kaufmann. — Otalgia (Wien. med. Blætter, 1896).

Kretschmann. — Kiefergelenk Erkank als Ursache der Otalgia Nerwosa (Arch. f. Ohrenheil. Bd. 56, 1902).

Mc. Bride. — Aural Neuroses. Praktitionner, August, 1898.

Orne Green. — Otalgia Intermittens (Trans. Amer. Otol. Soc., 1875, v. 7).

Politzer. — Otalgia Lehrbuch.

Richards. — Aural. Neuralgia. Trans. Amer. Laryng. Rhin. and Otol. Soc., 1905.

Spira. — Otalgia Nerwosa (Wien. med. Blætter., 1901, p. 879).

Starr. — Zona auriculaire (Journ. of nerv. and ment. Disease, 1908).

Zona auriculaire.

Anstie. — Auricular Herpes. The Praktitioner, 1871, v. 7.

Blake. — Herpes Zoster Auricularis (Boston med. and. surg. Journ., 1877).

Blau. — Herpes Auricularis Encyclop. der Ohren.

Brukner. — Herpes Auricularis Lehrbuch, p. 72.

Chavanne. — Zona auriculaire bilatéral (Bull. d'oto-rhino-laryng., mai 1906).

Gruber. — Herpes auricularis (Monats. f. Ohren, 1875, n° 5).

— Lehrbuch, 1888.

Hasslauer. — D. mil. arz. zeit., 1905, v. 34, p. 261.

Ladreit de Lacharrière — L'herpès de l'oreille (Annal. de mal. de l'oreille, 1877, v. 3, p. 349).

Mignon. — Bull. d'oto-rhino-laryng., 1909.

Schwartz. — Lehrbuch, 1893.

Sommers. — Amer. Med. and surg. Bull., 1896.

Urbanschitz. — Lehrbuch, 1901.

Vail. — Zona avec paralysie faciale (Laryngology and Rhinology, 1906).

Zona avec paralysie faciale.

Abrahamson. — Journ. of. nerv. and ment. Disease, avril 1908.

Barthélemy. — Soc. fr. de Derm., 1891, p. 382.

Besnier. — Despaigne. Th. de Paris. 1888.

Coob. — Bost. Med. and Surg. Journ., 1869.

Cousot. — Bull. de l Acad. royale de Méd. de Belgique, 1904.

Darabseth. — Lancet, 1894, p. 1129.

Déjerine et Théoari. — C. r. de la Soc. de Biologie, 1897, déc.

Eichhorst. — Centralbl. f. Innere Med., 1897, 18.

Ebstein. — Virchow Archiv., 1895, p. 512.

Fraser. — Lancet, 1904, v. 1, p. 18.

Frich. — Monats. f. prakt. Derm., 1898, p. 375.

Fay. — Brit. med. Journ., 1883, p. 1246.

Gaucher. — Journ. de méd. int., 1899.

Gaudu. — Th. de Paris., 1901.

Gradenigo. — Annal. des mal. de l'oreille., 1906, v. III.

Greenough. — Bost. Med. and Surg. Journ., 1869.

Grassmann. — Deut. Arch. f. Klin. Med., v. LIX, 1897.

Hess. — Central. f. innere Med., 1897, p. 426.

Hervonnet. — Gaz. méd. de Nantes, octobre 1892.

Hewlett. — California state Journ. of Med., 1906, p. 119.

Hunt (J.-R.). — Journ. of nerv. and ment. Disease, févr. 1907.

Jacquet. — Soc. med. des hôp. de Paris, 1898.

Letulle. — Despaigne. Th. de Paris, 1888.

— Archiv. de Phys. norm. et pathol., 1882, v. II.
MURPHY. — Brit. med. Journ., 1897.
MONTGOMERY. — Occident. Med. Times, 1900, v. XIV, p. 109,
MORRICE. — St. Bartholomew's Hosp. Rep., v. XXXII.
NEILSON. — Monats. f. prakt. Derm., 1898, p. 375.
KLIPPEL. — Gaudu. Th. de Paris, 1901.
PERRIN. — Marseille méd., 1892.
POLITZER. — Lehrbuch der Ohrenheil, 1893.
RABBÉ. — Th. de Paris, 1896.
RAYMOND. — Clin. des mal. du syst. nerv., 1898.
RENDU. — Soc. méd. des hôpitaux de Paris, 1898.
REYMOND. — Gaz. méd. de Paris, 15 avril 1908.
ROGER. — Gaudu. Th. de Paris, 1901.
RUGANI. — Bull. d. Malad. d'Orechio. 1905, v. XXIII.
SPENCER. — Lancet 1894, p. 1447.
STRUBING. — Deut. Archiv. f. Klin. Med., 1885.
TESTAR. — Thèse de Paris, 1887.
THIBIERGE. — Gaudu. Thèse de Paris. 1901.
TOMKA. — Archiv. f. Ohrenheil., p. 28, 1900.
TRYDE. — Schmidt's Jahrbuch, p. 273, 1872.
TRUFFI. — Virchow's Archiv., 1898.
— Giorn. Ital. d. Mal. Ven., v. XXXIX, p. 232.
VAN SOMEREN. — Lancet, p. 1372, 1895.
WEATHERHEAD. — Brit. med. Journ., p. 402, 1909.
— Zona avec paralysie faciale et phénomènes auditfs.
BARNES. — Lancet, p. 1197, 1902.
BERGER. — Neur. Central., p. 844, 1905.
BUSCH. — Lancet, p. 1197, 1902.
CASSASSUS. — Journ. de Méd. de Bordeaux, p. 413, 1906.
CLAUDE et SCHÆFFER. — Presse médicale, p. 437, 1912.
DÉJERINE et TINEL. — Rev. Neurol., 30 mars, 1912.
GIBSON. — Australasian Med. Gaz., v. XIV, 1895.
HOFFMANN. — Deut. Zeit. f. Nerwen., v. V, 1894.
HUNT (J.-R.). — Journ. of. nerv. and ment. Disease, novembre 1907.
HAMMERSCHLAG. — Arch. f. Ohren, v. XLV, p. 1, 1898.
— Wien. med. Ohren., n°. 2, 1899.

— Arch. f. Ohren, p. 16, 1901.
KAUFMANN. — Zeit. f. Ohren, p. 125, 1896.
— Arch. f. Ohren, v. LII, p. 1.
KLIPPEL et AYNAUD. — Journ. des Praticiens, n° 15, 1899.
KÖRNER. — Münch. med. Woch., p. 6, 1904.
LANNOIS. — Lyon med., v. XCI.
— Annal. de mal. de l'oreille, septembre, 1904.
TESTAR. — Thèse de Paris, 1887.
VOIGHT. — St.-Pétersb. med. Woch., n° 45, 1884.

Imp. de la Faculté de Méd., JOUVE & Cie, 15, rue Racine, Paris — 1580-12